

PROVA PARA ATRIBUIÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

TRABALHO DE NATUREZA PROFISSIONAL

ESTUDO DE CASO

Candidata

Ana Isabel Xavier Ferreira

Beja, agosto de 2016

O presente documento é parte integrante da prestação de Provas de Especialista em Terapia e Reabilitação (área científica 726), de acordo com o Regulamento de Atribuição de Título de Especialista do Instituto Politécnico de Beja, de acordo com o previsto do Decreto - Lei nº 206/2009 de 31 de Agosto. É apresentado como prova do artigo 5º alínea b) do referido Regulamento, designadamente “trabalho de natureza profissional”, sendo por conseguinte submetido a apresentação, apreciação crítica e discutido perante um júri a constituir para o efeito.

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Caracterização do caso em estudo	
2.1. Avaliação preliminar	4
2.2 Breve enquadramento teórico da disfunção	4
3. Abordagem em terapia ocupacional	
3.1. Definição dos modelos	9
3.2. Apresentação da abordagem em terapia ocupacional	14
3.2.1. Contexto social	14
3.2.2.Contexto de prática	14
3.2.3 Quadros de referência	15
3.2.3. Elementos do processo	24
3.2.4.1. 1º ano letivo - 2012 – 2013	25
3.2.4.2. 2º ano letivo 2013 – 2014	47
3.2.4.3. 3º ano letivo 2014 – 2015	60
4. Conclusão	70
5. Referências Bibliográficas	73
6. Apêndices	
Apêndice A – Autorização para apresentação de estudo de caso	79
Apêndice B - Guião da entrevista semiestruturada	80
Apêndice C – Planificação do jogo “Pesca dos amigos do mar”	81
Apêndice D - Planificação do jogo “Descanso ao luar”	82
Apêndice E - Planificação do jogo “Árvore de natal aquática”	83
Apêndice F – Planificação da atividade “Deslocamento em dorsal”	84

7. Anexos

Anexo A - Relatórios diagnóstico -----	85
Anexo B - WOTA 1 (Outubro de 2012) -----	86
Anexo C - Perfil sensorial (Outubro de 2012) -----	87
Anexo D – WOTA 2 (julho de 2013) -----	88
Anexo E - WOTA 3 (julho de 2014) -----	89

LISTA DE TABELAS

Tabela nº 1	Resultados obtidos no perfil sensorial - fator
Tabela nº 2	Resultados obtidos no perfil – processamento e modulação
Tabela nº 3	Sistematização dos principais dados da avaliação
Tabela nº 4	Plano de intervenção para o ano letivo de 2012 - 2013
Tabela nº 5	Plano de intervenção para o ano letivo de 2013 - 2014
Tabela nº 6	Plano de intervenção para o ano letivo de 2014 - 2015
Tabela nº 7	Sistematização dos resultados obtidos (março de 2015)

LISTA DE ABREVIATURAS

DSM V	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
ECPP	Enquadramento Canadano de Processo de Prática
MCDEO	Modelo Canadano de desempenho e envolvimento ocupacional
PEA	Perturbação do espectro do autismo
PMO	Piscina Municipal de Odivelas

1. INTRODUÇÃO

O documento que se apresenta constitui o trabalho de natureza profissional apresentado no âmbito da candidatura ao título de especialista de Terapia e Reabilitação (área científica 726), submetida ao Instituto Politécnico de Beja, de acordo com o regulamentado no decreto - lei nº 206/2009 de 31 de Agosto.

O trabalho tem por objetivo refletir a intervenção desenvolvida pela candidata no contexto aquático com uma criança com diagnóstico clínico de perturbação do espectro do autismo, de 8 anos de idade. Nas atividades aquáticas adaptadas são utilizadas as propriedades da água e espaço envolvente no sentido de otimizar o desempenho da pessoa, contribuindo diretamente para a participação em diferentes áreas ocupacionais (lazer, autocuidados, comunicação) bem como para o desenvolvimento de componentes e padrões de desempenho que permitam uma participação e envolvimento ocupacional de acordo com o espectável nos seus contextos de vida habituais.

O trabalho, em formato de estudo de caso, segue a estrutura utilizada no âmbito da Licenciatura em Terapia Ocupacional do Instituto Politécnico de Beja e pretende refletir a metodologia de investigação-ação, justificando-se deste modo a intervenção ativa e direta da candidata ao longo do processo de abordagem terapêutica descrita e após realizar a caracterização do caso em estudo, com uma avaliação preliminar e breve enquadramento teórico da disfunção, segue-se a apresentação da abordagem da terapia ocupacional. Neste domínio para além da definição do modelo profissional utilizado e dos quadros de referência é apresentada de modo detalhada a abordagem da terapia ocupacional com o caso em estudo. Por fim é apresentada a conclusão do estudo de caso em que se realiza uma reflexão sobre a intervenção desenvolvida, indicando não só as aprendizagens como as limitações sentidas. O estudo de caso assume um caráter descritivo e longitudinal refletindo-se a intervenção desenvolvida em contexto aquático com uma criança inicialmente com 8 anos de idade com diagnóstico clínico de perturbação do espectro do autismo e durante um período de 3 anos letivos consecutivos. Foi solicitada a autorização à família para o acompanhamento realizado ser apresentado em formato de estudo de caso e proposto para provas de especialista (Apêndice A – Autorização para apresentação do estudo de caso).

O caso foi selecionado tendo em consideração o contexto específico de intervenção (atividade aquática adaptada desenvolvida numa piscina municipal da região de Lisboa), o perfil da criança e a evolução ao nível do desempenho ocupacional verificada. Simultaneamente é, na perspetiva da candidata, um caso que reflete a intervenção diferenciada da terapia ocupacional em contexto de atividades aquáticas adaptadas.

A abordagem da terapia ocupacional foi estruturada de acordo com o quadro conceptual proposto pelo modelo canadiano de desempenho e envolvimento ocupacional. Esta opção deve-se à conceptualização preconizada para a pessoa, o ambiente e a ocupação e à natureza dinâmica prevista entre eles. A tónica colocada por este modelo no ambiente e na sua influência para a construção do desafio ocupacional foi também um fator que contribuiu para a sua seleção. Por conseguinte a abordagem terapêutica segue o enquadramento do processo de prática, respeitando o modelo de capacitação centrado no cliente.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CASO EM ESTUDO

2.1 AVALIAÇÃO PRELIMINAR

A avaliação do D. foi solicitada pela mãe, em setembro de 2012, no serviço de secretariado da Piscina Municipal de Odivelas.

Para além dos contatos telefónicos a mãe deixou a informação de que a criança, do género masculino, com 8 anos de idade (Dn: 13.01.2004), está inscrito no 2º ano do ensino básico e tem o diagnóstico clínico de perturbação do espectro do autismo (PEA), sendo o objetivo da mãe que o D “aprenda a nadar”.

Estes dados foram transmitidos verbalmente pela mãe e reforçados pela informação presente nos relatórios de diagnóstico (Anexo A – Relatórios diagnóstico) que a mãe entregou. Com a leitura destes documentos (produzidos na fase em que foi realizado o diagnóstico clínico ao D., período em que tinha 3 anos de idade) foi também possível tomar conhecimento que nesse período apresentava:

- evitamento ocular;
- uma forma particular de brincar utilizando a visão periférica e gostando de alinhar os brinquedos;
- não apontava;
- movimentos estereotipados semelhantes a *flapping*, mais evidentes quando ficava ansioso.

Informou ainda que tem disponibilidade para a realização das atividades aquáticas nos dias úteis, no período entre as 16.30 e as 18horas.

Após ter acesso ao diagnóstico clínico do D. considerou-se importante rever as principais características da patologia.

2.2 BREVE ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA DISFUNÇÃO

A PEA foi descrita pela primeira vez em 1943 por Leo Kanner, embora existam referências anteriores a este quadro patológico. Na primeira descrição formal foi enfatizada a retirada social, característica que se mantém até à atualidade como um dos critérios fundamentais para o diagnóstico.

O principal referencial para este diagnóstico é o *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) publicado desde 1952 pela Associação Americana de Psiquiatria. Na sua última edição, traduzida para português em 2014, o DSM V apresentou este quadro patológico integrado nas perturbações do neurodesenvolvimento e caracteriza-a por provocar défices persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos, incluindo défices na reciprocidade social, comportamentos comunicativos não-verbais usados na interação social e capacidades de desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Para além dos défices na comunicação social, o diagnóstico de PEA requer a existência de comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos. Este diagnóstico clínico implica, tal como apresentado no DSM V (2014) a existência nos primeiros anos de vida de:

- A. Défices persistentes na comunicação social e interação social transversais a múltiplos contextos;
 - 1. Défices na reciprocidade social-emocional;
 - 2. Défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados para a interação social;
 - 3. Défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos.
- B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos 2 dos seguintes:
 - 1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetidos;
 - 2. Insistência na monotonia, aderência inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal;
 - 3. Interesses altamente restritos e fixos, que são anormais na intensidade ou foco;
 - 4. Híper ou hiporreactividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente.
- C. Os sintomas têm de estar presentes no início do período de desenvolvimento;
- D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual;

- E. Estas perturbações não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual ou atraso global do desenvolvimento.

Os primeiros sinais surgem nos anos iniciais de vida, durante a fase de desenvolvimento. No caso específico da PEA os sintomas são tipicamente reconhecidos durante o segundo ano de vida (12-24 meses), mas podem ser observados antes dos 12 meses se os atrasos do desenvolvimento forem graves, ou notados depois dos 24 meses se os sintomas forem mais subtis. Os sintomas clínicos influenciam negativamente áreas fulcrais para o funcionamento diário, concretamente ao nível social e ocupacional. Segundo os dados do DSM V (2014) a perturbação do espectro do autismo tem uma frequência de 1% tanto nos Estados Unidos, como em outros países, com estimativas similares em amostras de crianças e adultos.

A severidade é definida em três níveis distintos (nível 1 – requerendo suporte; nível 2 – requerendo suporte substancial e nível 3 – requerendo suporte muito substancial) e resultam da análise combinada das limitações presentes ao nível da comunicação social e do padrão comportamental repetitivo.

Nas situações de maior gravidade (nível 3 – requerendo suporte muito substancial) existem défices graves nas habilidades verbais e não verbais de comunicação social que causam graves défices no funcionamento, na iniciação de interações sociais e existe uma resposta mínima à abertura social de outros. Há inflexibilidade do comportamento, extrema dificuldade em lidar com mudança ou outros comportamentos restritos / repetitivos que interferem marcadamente com o funcionamento em todas as esferas.

As dificuldades já descritas expressam-se em cada criança através de uma combinação única de forças e fraquezas com um impacto distinto no desempenho ocupacional da criança e da sua família (Miller – Kuhaneck, 2015). Podem existir alterações em todas as áreas de ocupação mas a pesquisa sugere que a participação social, o brincar, o sono, as atividades da vida diária e as atividades educativas (Miller – Kuhaneck, 2015) são as áreas ocupacionais mais suscetíveis. Na abordagem ocupacional o terapeuta desenvolve a sua intervenção com o cliente nos contextos em que tipicamente realiza as suas atividades diárias, como o jardim-de-infância, escola, casa, local de trabalho, centro de atividades ocupacionais, residência protegida, entre outros (AOTA,

2011). O processo é desenvolvido através da colaboração com a criança ou adulto com autismo bem como com a sua família, cuidadores, professores ou outras pessoas com quem interage e que são importantes nas suas experiências diárias.

O terapeuta ocupacional ao desenvolver a abordagem irá avaliar o perfil e o desempenho ocupacional, contudo devido às características relacionais desta população poderá recorrer a diferentes estratégias de avaliação (Miller – Kuhaneck, 2015), tendo em consideração a necessidade de identificar as áreas fortes e competências da criança, não contemplando apenas as suas dificuldades e limitações. A perspectiva da família, nomeadamente as dificuldades por si percecionadas bem como as suas prioridades são elementos fundamentais a identificar durante o processo de avaliação.

Na intervenção terapêutica, que deverá ser dirigida às áreas de ocupação em deficit, o terapeuta ocupacional, poderá utilizar com estas crianças diferentes técnicas e estratégias, nomeadamente (Miller – Kuhaneck, 2015):

- Terapia de integração sensorial;
- Orientação cognitiva para a abordagem do desempenho ocupacional;
- Floortime.

Para além das técnicas anteriormente mencionadas tem surgido nos últimos anos evidência científica que sustenta o efeito positivo da intervenção do terapeuta ocupacional em contexto aquático com crianças com perturbação do espectro do autismo. Neste sentido Dubois (2011) ao inquirir 21 terapeutas ocupacionais concluiu que a intervenção em contexto aquático tem um efeito positivo ao nível de diversas competências relacionadas com:

- desempenho ocupacional, nomeadamente atenção e interação social e com as competências aquáticas (segurança e autonomia);
- desenvolvimento global (competências motoras e limiar sensorial).

Também Hulls, Walker & Powell (2006) tinham identificado diferenças positivas no que se refere à tolerância ao toque, iniciação e manutenção do contacto visual, equilíbrio, força muscular e competências natatórias, após um programa de terapia aquática em crianças com PEA.

3. ABORDAGEM EM TERAPIA OCUPACIONAL

3. ABORDAGEM EM TERAPIA OCUPACIONAL

Na sua prática diária o terapeuta ocupacional utiliza modelos e quadros de referência de forma a pensar a prática de modo estruturado possibilitando a sua discussão com outros profissionais (Turpin & Iwana, 2011).

O raciocínio terapêutico é sustentado por bases conceituais que podem incluir desde o enquadramento geral da abordagem até às várias fases do processo terapêutico com evidência ao nível das técnicas e estratégias a utilizar.

3.1 DEFINIÇÃO DOS MODELOS

No caso específico deste acompanhado foi utilizado, ao nível profissional, o Modelo Canadano de Desempenho e Envolvimento Ocupacional (MCDEO). Segundo Townsend & Polatajko (2007), este modelo fornece uma representação tridimensional, conceptualizando o desempenho ocupacional como uma interação dinâmica entre a pessoa, o ambiente e a ocupação. O desempenho ocupacional refere-se à habilidade da pessoa escolher, organizar e desempenhar, de forma satisfatória, ocupações significativas que sejam culturalmente definidas e adequadas ao seu estadio de desenvolvimento, com o objetivo de olhar por si próprio, aproveitar a vida, e contribuir para o desenvolvimento social e económico da comunidade (Townsend, *et al.* 2007).

A pessoa é tida como um ser ocupacional, único, com dignidade intrínseca, e com direito de fazer escolhas em relação à sua própria vida, partindo do princípio que todas têm potencial de mudança e capacidade de participar em ocupações (Townsend, *et al.* 2007). É constituída por três diferentes tipos de componentes de desempenho: afetivos, cognitivos e físicos, assumindo a espiritualidade a essência de cada pessoa. Os componentes contribuem para o envolvimento com sucesso nas ocupações. Os componentes afetivos compreendem o que a pessoa sente desde as funções sociais e emocionais (incluindo os fatores inter e intrapessoais). Os componentes cognitivos estão relacionadas com o que a pessoa pensa e compreende todos os componentes mentais, tais como: percepção, concentração, memória, compreensão, julgamento e raciocínio. Por último, os componentes físicos relacionam-se com o que a pessoa faz e compreendem as

funções motoras, sensoriais e sensoriomotoras (Townsend, *et al.* 2007). A espiritualidade é moldada e expressa através das ocupações e, quando referida, não diz apenas respeito à religião, mas à essência do próprio indivíduo. É considerada como “a essência do eu”, a força intrínseca que torna cada ser único, é a sua fonte de autodeterminação/motivação e controlo pessoal (Townsend, *et al.* 2007). As mesmas autoras consideram ainda que, perante a incapacidade, a espiritualidade de cada cliente, poderá ser o meio para os envolver em ocupações significativas, por forma a melhorar a sua qualidade de vida.

O ambiente refere-se ao espaço individual em que cada ser vive e está na origem das possibilidades ocupacionais, influenciando a escolha, a organização, o desempenho e a satisfação nas ocupações. O ambiente físico pode ser o natural (como o clima) ou construído (como a habitação, as estradas, os veículos, entre outros). O ambiente social diz respeito ao grupo social ao qual a pessoa pertence, em que as pessoas envolvidas partilham interesses, valores, atitudes e crenças comuns. O ambiente cultural refere-se à etnia e raça da pessoa. Por último, o institucional considera as instituições nas quais a pessoa se insere (Townsend, *et al.* 2007).

A ocupação é vista como a ligação entre a pessoa e o ambiente significando que cada pessoa age sobre o ambiente através da ocupação. Refere-se a tudo o que a pessoa faz no seu quotidiano, podendo considerar, neste caso, as ocupações de autocuidados, lazer e produtividade. Os autocuidados incluem o cuidar do próprio corpo; o lazer está relacionado com a realização de atividades significativas e que, de algum modo, proporcionam prazer à pessoa; a produtividade entende-se como o envolvimento da pessoa em ocupações remuneradas ou não remuneradas. Estas ocupações, para além de serem influenciadas pela pessoa, são também influenciadas pelo ambiente. O MCDEO considera ainda que as ocupações são um importante determinante de saúde, bem-estar e justiça, além de serem uma fonte de organização do comportamento e terem um potencial terapêutico inerente.

Este foi o modelo profissional utilizado pois considerou-se que a sua premissa de interação dinâmica entre pessoa, ocupação e ambiente corresponde à dinâmica estabelecida entre a criança do caso em estudo, a ocupação prioritária definida pelos pais e os desafios e possibilidades ocupacionais que o contexto de piscina municipal trazem.

A abordagem centrada no cliente e a capacitação assumem um papel fundamental à luz deste quadro ocupacional. De tal forma que aliado ao MCDEO surge o Modelo Canadano de Capacitação Centrada no Cliente. Este modelo considera que Terapia Ocupacional é a arte e a ciência de capacitar para o envolvimento na vida quotidiana através da ocupação; de capacitar a pessoa para desempenhar ocupações que promovam a saúde e o bem-estar; e de capacitar uma sociedade justa e inclusiva em que todas as pessoas possam participar com o seu potencial nas ocupações diárias (Townsend, *et al.* 2007). A capacitação, focada na ocupação, é uma das competências chaves do terapeuta ocupacional estando presente ao longo da abordagem, é direcionada a objetivos e baseada no acordo entre profissional e cliente para as metas para mudanças individuais ou sociais. A capacitação é praticada integrando 10 competências chave de capacitação relacionadas (Townsend *et al.*, 2007), nomeadamente:

Adaptar: tornar adequado para ser utilizado em determinadas situações de modo a responder aos desafios ocupacionais, com todos os clientes desde indivíduos a populações;

Advogar: estimular a perspetiva critica promovendo novas formas de partilha de poder, *lobby* ou proporcionando novas opções de conhecimento nos decisores. Inclui o falar, advogar e argumentar em favor de alguém ou algo;

Treinar: desenvolvimento de uma parceria continua desenhada para ajudar o cliente a produzir resultados na sua vida pessoal e profissional melhorando o seu desempenho e aumentando a sua qualidade de vida;

Colaborar: partilha do poder com o cliente ao nível dos assuntos ocupacionais em oposição à tradicional opção de “fazer pelo cliente”. Partilhar talentos e habilidades numa perspetiva de respeito mútuo com interesse genuíno no conhecimento do outro, empatia, altruísmo, verdade e comunicação criativa para alcançar resultados superiores à soma do investimento individual;

Consultar: conhecer e partilhar diferentes perspetivas com o cliente.

Coordenar: integrar, sintetizar e documentar as diferentes perspetivas. Ligar as pessoas e os recursos existentes bem como promover a interação entre os vários recursos comunitários e políticos;

Desenhar/construir: desenhar e (re)construir equipamento para os clientes. Inclui também o desenho de ambientes emocionalmente securizantes bem como o desenho e implementação de programas e serviços;

Educar: utilizando as filosofias de educação que priorizam a aprendizagem através da experiência e do fazer, participar ativamente nas ocupações de forma a permitir a criação de aptidões aos clientes;

Envolver: através de aliança entre terapeuta e cliente promover o envolvimento no “fazer” e na participação de modo a que o cliente esteja ocupado;

Especializar: utilização com o cliente de técnicas específicas (por exemplo toque terapêutico, técnica de neurodesenvolvimento, técnicas de reabilitação psicossocial, entre outras) destinadas a situações concretas de forma a aumentar o *empowerment* do cliente.

Para implementar as premissas inerentes ao MCDEO é apresentado um enquadramento processual denominado de enquadramento canadiano do processo de prática (ECPP). Este é um enquadramento de capacitação ocupacional centrada no cliente que promove o intercâmbio contínuo e dinâmico entre o cliente e o terapeuta ocupacional em diferentes contextos. Através do ECPP o terapeuta ocupacional baseia-se num processo com suporte na ocupação e na evidência e é dirigido para a capacitação do desempenho do cliente. Segundo Towsend, *et al.* (2007) o ECPP retrata o processo da prática como sendo composto por quatro elementos chave: três elementos contextuais e um elemento do processo. Nos três elementos contextuais pode verificar-se o contexto social, o contexto da prática e o quadro de referência. O quarto elemento do ECPP ilustra oito pontos de ação que guiam o processo, sendo estes:

1. **Entrar / iniciar:** primeiro ponto de contacto entre o cliente e o terapeuta. Ocorre com base numa referência, pedido ou no reconhecimento por parte do terapeuta ocupacional de real ou potencial desafio ocupacional; pretende-se que seja positivo e promova o compromisso mutuo. Ocorre o consultar para definir se haverá, ou não, continuidade no processo. Para estabelecer e documentar o consenso é comum utilizar-se o educar.
2. **Definir o estágio:** Interagir com o cliente clarificando valores, crenças, desejos e expectativas. O terapeuta deverá colaborar e mediar / negociar o alvo a alcançar podendo ser também aqui tomada a decisão de não continuar o processo. Colaborar para identificar as prioridades ocupacionais e os possíveis objetivos ocupacionais;
3. **Avaliar:** desenvolve-se com a participação do cliente e o poder é, tanto quanto possível ou desejado, partilhado. É avaliado o estado ocupacional, os desejos e o

potencial de mudança. São utilizadas competências específicas, como o consultar ou coordenar, para avaliar a pessoa, a espiritualidade e a influência do ambiente nas ocupações. É realizada a análise coordenada dos dados e formuladas possíveis recomendações baseadas nas melhores explicações.

4. **Concordar acerca dos objetivos e planejar:** com a participação do cliente e numa perspectiva de partilha do poder, são identificados os assuntos ocupacionais prioritários desenhando-se o plano de intervenção, em que são contemplados o tempo, contexto(s), abordagens e recursos necessários.
5. **Implementar o plano:** com a participação do cliente e através do seu envolvimento na ocupação é implementado e documentado o progresso ao longo do plano de intervenção. Especializar o quadro de referência do plano de modo a promover ou prevenir a mudança, de acordo com o apropriado para cada cliente;
6. **Monitorizar / modificar:** Consultar, colaborar, advogar, educar e envolver o cliente e colaboradores de modo a atingir os objetivos. Adaptar ou redesenhar o plano, em concordância com os dados da monitorização do processo, realizada através da avaliação formativa;
7. **Avaliar os resultados:** reavaliar os desafios ocupacionais e compara-los com os dados iniciais. Documentar e disseminar os resultados e as recomendações para os passos seguintes;
8. **Concluir / fechar:** comunicar a conclusão da interação entre cliente e terapeuta. Documentar a conclusão e disseminar a informação para uma transferência coordenada ou re início do processo.

Para a implementação do processo terapêutico é fundamental o terapeuta ocupacional ter um enquadramento multidisciplinar, contemplando as especificidades de cada cliente com que desenvolve a sua abordagem, o que resultará num raciocínio terapêutico abrangente e com maior possibilidade de êxito.

Ao longo da abordagem em terapia ocupacional perspectiva-se a utilização de quadros de referencia específicos: modelo da atividade aquática adaptada, modelo de integração sensorial e modelo cognitivo comportamental. Uma vez que estes dão orientações para a prática terapêutica serão descritos no ponto quadros de referência.

3.2. APRESENTAÇÃO DA ABORDAGEM EM TERAPIA OCUPACIONAL

Como referido, o enquadramento canadiano do processo de prática (ECP) contempla a existência de quatro elementos chave: contexto social, contexto de prática, quadro de referência / enquadramento e elementos do processo. É com este referencial que se estrutura a informação ao longo da abordagem desenvolvida com a criança em estudo.

3.2.1 Contexto Social

D. é uma criança de 8 anos de idade que vive numa cidade da área metropolitana de Lisboa. No contexto físico salienta-se ter acesso a uma piscina municipal com condições e equipamentos para a realização de atividade aquática adaptada. Os dados existentes antes do início da abordagem indicam facilidade para a família o acompanhar à atividade aquática.

A Terapeuta tem prática e formação na área das atividades aquáticas, tendo já acompanhado crianças com perfil clínico e ocupacional similar. Acredita que esta abordagem poderá ser uma mais-valia para a participação do D. Uma vez que está bem integrada na dinâmica das piscinas municipais tem possibilidade de propor os ajustes necessários na estrutura das sessões / espaço a utilizar. A frequência por parte do D. das piscinas recai num sistema privado em que é a família a pagar o custo inerente à abordagem, demonstrando o grande envolvimento e empenho da família de D. em este fazer terapia ocupacional em contexto aquático.

3.3.2 Contexto de Prática

A abordagem prática desenvolve-se em contexto de piscina municipal. Esta proporciona um serviço privado à população que a ela recorre. Qualquer pessoa, residente ou não no concelho, pode recorrer aos serviços disponibilizados na piscina. No caso específico das atividades aquáticas adaptadas e terapia aquática, principais áreas em que os terapeutas ocupacionais exercem funções, os clientes surgem através de iniciativa própria ou por recomendação da equipa de saúde (médico, terapeuta, enfermeiro, entre outros) ou da

equipa de educação (professora, educadora, psicóloga) que os acompanha no seu dia –a – dia.

Apesar de ser um edificio na década de 80 tem adequadas condições físicas, tanto ao nível do número de piscinas (3 cubas), temperatura (água e atmosférica) e balneários. Tem um sistema de apoio (limpeza, rouparia e segurança) adequado. O apoio no cais de piscina é realizado por nadador salvador. Na hora pretendida pela família do D. para as suas sessões, a piscina (tanque de aprendizagem) é frequentado por muitas outras crianças que realizam aulas de grupo). Por esse motivo o ambiente é menos estruturado e tem um nível de ruído considerável. Salienta-se como positivo no contexto de prática a existência de um local disponível para a sessão do D. e que se localiza numa zona privilegiada do tanque (zona de menor profundidade, pista junto a uma das paredes, possibilidade de trabalho em largura e em comprimento na piscina).

No início da relação terapêutica a criança demonstrou-se insegura e ansiosa, com um comportamento retraído. A mãe assumiu um papel apaziguador e de contenção do D.

No contexto de prática são também relevantes os quadros de referencia que o terapeuta ocupacional utiliza para dirigir a abordagem.

3.2.3. Quadro de referência

Como descrito no ponto 3.1. o modelo profissional utilizado foi o MCDEO. O quadro de referência profissional possibilita o desenvolvimento da abordagem de acordo com o âmbito profissional. É no entanto fundamental utilizar ao longo da abordagem fundamentações teóricas específicas que permitem utilizar as metodologias de intervenção que a evidência científica demonstra trazerem maior eficácia à abordagem com o cliente.

No presente estudo de caso considerou-se que o modelo educativo das atividades aquáticas adaptadas, o modelo de integração sensorial e o modelo cognitivo – comportamentais poderão dar um contributo diferencial. Apesar de cada um destes quadros de referência ter os seus constructos próprios considera-se que a sua utilização conjunta será uma melhor resposta para a abordagem a desenvolver com a criança. Nas situações em que exista eventual incongruência entre estes quadros de referência (por

exemplo utilizar a terminologia utente ou cliente) a decisão será tomada de acordo com o enquadramento profissional seguido (MCDEO).

Modelo educativo das atividades aquáticas adaptadas e Halliwick

A atividade aquática adaptada compreende um conjunto de programas aquáticos dirigidos a pessoas com incapacidades e que incluem a natação, a segurança aquática e as atividades recreativas que promovem a saúde e reabilitação (Leopore , Gayle & Stevens, 2007). Para tal pode ser mudado, adaptado ou modificado um estilo de natação, jogo ou atividade de modo a preencher as necessidades específicas da pessoa. É importante a existência de uma equipa interdisciplinar constituída pelo cliente, médico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, instrutor de exercício aquático entre outros (Norton C. & Jamison L. 2011).

Leopore *et al.* (2007) defendem a existência de vários modelos de intervenção de entre os quais destacam o educacional. Neste modelo o foco da intervenção é dirigido ao ensino (reforçando as competências), na segurança aquática e na natação (facilitando o movimento). Na mesma perspetiva Kokaridas & Lambeck (2015) reforçam a importância que a inclusão, interação e jogo têm para que as crianças com necessidades especiais possam estar integradas contribuindo ativamente como membros de um grupo.

Os principais autores das atividades aquáticas adaptadas (Becker, 2011; Leopore, 2007; Kolaridis, 2015 e Rodriguez, 2015) reconhecem que em qualquer atividade desenvolvida em contexto aquático é fundamental compreender a influência das características mecânicas e térmicas da água no desempenho humano.

A pressão hidroestática, a força da gravidade e a força da impulsão são princípios que estando sempre presentes influenciam a intensidade de informação propriocetiva e vestibular recebida. A imersão provoca uma distensão e alargamento da pele o que resulta a estimulação dos mecanorreceptores de adaptação rápida, aumentando assim a quantidade de input sensorial que é enviado para o cérebro (Rodriguez, 2015). Pelo aumento da informação vestibular, resultante maioritariamente da força de impulsão, pode ocorrer uma regulação do estado de alerta o que influencia os processos atencionais. Também a informação térmica tem um impacto significativo no desempenho humano.

Na perspetiva de Nithianantharah & Hannan, 2006 o meio aquático é um contexto enriquecido que facilita o processo de aprendizagem pois o movimento e mecânica dos

flúidos proporcionam as condições necessárias para uma maior estimulação sensorial, cognitiva, emocional e motora.

Neste sentido vários terapeutas ocupacionais têm vindo a incluir as atividades aquáticas na abordagem que desenvolvem. Fisher, Kratz, Jimenez, Watson, Spence, Sanford & Scolaro (2001) defenderam que as atividades aquáticas poderão constituir um importante *setting* de intervenção da terapia ocupacional quando elas tem significado e propósito para a pessoa como ocupação por si própria e também quando os benefícios que proporcionam aumentam a capacidade de participação em outras áreas. Estes autores defendem que o terapeuta ocupacional desenvolve a sua abordagem em contexto aquático de forma única em que são incluídos os múltiplos aspetos do desempenho (cognitivo, físico e psicossocial). Defendem ainda que a perspetiva da terapia ocupacional em contexto aquático inclui a compreensão das capacidades e deficits do cliente e das barreiras ao desempenho. Na perspetiva ocupacional em contexto aquático é também valorizada a história ocupacional e experiências anteriores.

Em 2006 Yagow deu ênfase ao trabalho progressivo ao nível das competências de desempenho que a intervenção em contexto aquático permite desenvolver.

Nas atividades aquáticas adaptadas podem utilizar-se diferentes técnicas de intervenção de entre as quais destacamos o Halliwick essencialmente pela atual evidência científica existente acerca da sua eficácia com distintas populações.

O Halliwick foi apresentado enquanto método por James McMillan na década de 50 do século XX. O autor pretendia ensinar jovens com patologia neuromotora a nadar e a usar a independência ganha em contexto aquático como meio para integrarem a comunidade local. A técnica tem vindo a evoluir e atualmente tem duas linhas que embora complementares têm enfoques distintos (Kokaridas *et al.*, 2015): o programa de 10 pontos (abordagem mais clássica que resulta diretamente do trabalho desenvolvido por McMillan e visa a segurança aquática e independência na natação) e a terapia específica pela água (em evolução constante, que conta com a evidência científica atual ao nível da aprendizagem motora e neurociências seguindo a atual terminologia proposta pela classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde e que tem fins predominantemente terapêuticos). O método pode ser aplicado de forma individual ou em grupo dependendo essencialmente dos objetivos a atingir.

O programa dos dez pontos de intervenção é constituído por (Lambeck & Gamper, 2010).

- **adaptação mental:** capacidade da pessoa participar com confiança e em segurança numa atividade aquática. Tem como objetivo permitir ao cliente responder automática e independentemente durante as atividades aquáticas realizadas na posição vertical. O controlo respiratório tem papel fundamental;
- **rotação sagital:** refere-se ao controlo do movimento realizado em torno do eixo sagital do corpo, no plano frontal. Inclui os movimentos de flexão lateral da coluna e abdução / adução dos membros. É requerida maioritariamente nas atividades aquáticas bípedes mas também em algumas atividades na posição de supinação;
- **rotação transversal:** decorre do controlo da rotação em torno do eixo transversal e o seu controlo é fundamental para a segurança no meio aquático. Pode começar em qualquer posição mas torna-se mais funcional quando o cliente adquire a capacidade de desenvolver atividades na posição horizontal;
- **rotação longitudinal:** resulta do controlo da rotação em torno do eixo longitudinal. O trabalho pode iniciar-se na posição vertical, mas no meio aquático assume maior importância na horizontal;
- **rotação combinada:** é a capacidade de controlar o movimento combinando a utilização de várias rotações. Assume-se como a preparação para os movimentos funcionais e possibilita a movimentação na água a três dimensões;
- **empuxo / inversão mental:** consciência adquirida através da experiência, de que o corpo humano submerso, volta naturalmente à superfície;
- **equilíbrio:** capacidade para manter a posição (primeiro na vertical e posteriormente na horizontal). O foco deve ser colocado na capacidade de manter a postura, equilíbrio e estabilidade nas diferentes posições. É o ponto mais estático do Halliwick;
- **deslize:** refere-se à capacidade de realizar deslizamento (em equilíbrio) quando facilitado pelo arrasto. É a continuação dinâmica do ponto anterior;
- **progressão simples:** primeiro passo para combinar o início do movimento propulsivo com um efetivo controlo postural. As mãos são movidas simetricamente, debaixo da água, até à pélvis o Terapeuta pode utilizar o efeito de esteira para facilitar o movimento;

- **movimento básico do Halliwick:** progressão do ponto anterior e representa um estilo de natação em que o cliente está em posição supina e a propulsão ocorre também com os braços.

Atualmente o Halliwick, tanto na sua vertente do programa dos 10 pontos como na vertente da *water specific therapy*, tem uma perspetiva funcional que privilegia a participação aquática indo ao encontro da filosofia da prestação de cuidados de acordo com a CIF Lambeck *et al.* (2010).

Apesar da técnica reforçar a importância da avaliação tendo McMillan criado um sistema de avaliação de cada um dos pontos chave as metodologias existentes na atualidade ainda não estão totalmente validadas cientificamente Assim os instrumentos da avaliação mais utilizados nos últimos anos são:

- Water assessment test alyn (WOTA 1 & 2); Tirosh, 2008;
- Swimming with independent measures (S.W.I.M); Srsen et al, 2012
- Water assessment for WST (Lambeck, unpublsh).

Todos eles estão ainda a ser otimizados para fins de investigação, mas têm vindo a ser utilizados para fins clínicos com relativa segurança.

Nos últimos anos tem sido estudada a eficácia do Halliwick na intervenção em crianças com PEA. Os resultados obtidos nas investigações de Pan (2010) e Yilmaz, Konukman, Birkan, Yanardag, & Camursoy (2010) ao nível das capacidades aquáticas e interação social, são positivos.

Perspetiva-se que a utilização do modelo educativo das atividades aquáticas constituirá uma mais-valia no acompanhamento da criança em estudo uma vez que a finalidade da família é a integração numa aula regular, logo é fundamental que D. seja acompanhado numa perspetiva educativa e de integração. Considera-se também que o Halliwick, nomeadamente através da utilização do seu programa de 10 pontos-chave, poderá assumir-se com uma mais-valia porque irá permitir trabalhar a adaptação mental, o controlo respiratório, o equilíbrio e a aprendizagem do movimento básico para a propulsão em contexto aquático.

Modelo de Integração Sensorial

A integração sensorial foi definida por Ayres (1988) como o processo de organização das sensações para uso que ocorre com base na informação sensorial recebida acerca das condições físicas do corpo e do ambiente que o rodeia. É um processo inconsciente, pois acontece sem que pensemos nele, e é muito importante para que consigamos viver entre toda a informação sensorial disponível, mantendo o foco numa atividade específica. Este aspeto da integração sensorial é muito importante para todas as formas de aprendizagem, seja ela académica, de competências para as atividades da vida diária e sociais, ou mesmo a capacidade de ter empatia pelo outro (Serrano, 2016). Ocorre na maioria das pessoas de forma automática, em diferentes regiões cerebrais e possibilita a resposta adaptativa. É no cérebro que ocorre o processo de integração da informação o que se define pela interação e coordenação de duas ou mais funções de forma a gerar uma resposta adaptada (Ayres, 1983). Este processo pode ser otimizado através da **graduação dos estímulos** que são disponibilizados para ativar os mecanismos cerebrais.

A **resposta adaptativa** é uma ação apropriada em que o indivíduo responde com sucesso a uma exigência do meio. Ocorre de forma intencional como consequência de uma experiência sensorial e é dirigida a um objetivo. Na resposta adaptativa o indivíduo controla um desafio e aprende algo novo. Simultaneamente a elaboração da resposta adaptativa ajuda o cérebro a desenvolver e a organizar circuitos neuronais mais eficazes. O brincar proporciona respostas adaptativas que tornam possível a integração sensorial (Ayres, 1988).

Um outro aspeto de relevo é o **Inner Drive**, ou seja o motivador interno que cada criança tem para encontrar oportunidades existentes no seu ambiente que possibilitam a interação e desenvolvimento com sucesso (Ayres, 1988). Na integração sensorial a criança não só processa a sensação, mas também a integra e organiza para produzir uma resposta significativa (Serrano, 2016).

O processamento e modulação sensorial decorre da informação recebida pelos sete sistemas (visão, audição, olfato, gosto, tato, proprioceção e vestibular). Ocorrem de forma organizada e sequenciada, o que constitui a fundação para comportamentos mais elaborados, como por exemplo a coordenação bilateral, a praxis e a aprendizagem.

Bundy (2001) defende que a avaliação deve seguir uma abordagem “*top – down*” uma vez que o terapeuta ocupacional direciona a intervenção para o desempenho

ocupacional. Destaca a importância do processo de avaliação ser realizado predominantemente no contexto em que decorrem a maioria dos papéis e tarefas da criança. Para além da entrevista e observação, técnicas de fulcral importância para o estabelecimento diagnóstico, existem na atualidade vários instrumentos de avaliação construídos com base na teoria de integração sensorial, nomeadamente questionários para preenchimento dos pais e/ou educadores, como o Sensory Profile (Dunn, 1999); escalas de observação, como por exemplo Observations Based on Sensory Integration Theory (Blanche, 2002) e instrumentos de avaliação aferidos como: Test of sensory function in infants (Degangi & Greenspan, 1989) ou o DeGangi-Berk Test of Sensory Integration (Degangi & Berk, 1989).

No domínio da intervenção existem princípios fundamentais a respeitar nomeadamente seguir o *Inner Drive* da criança, graduar o(s) estímulo(s) disponibilizados, promover a resposta adaptativa e a regulação do processamento sensorial.

Os indivíduos que têm uma capacidade diminuída de processar informação também podem ter dificuldade em produzir ações apropriadas, o que por sua vez interfere com a aprendizagem e o comportamento. Ao entendermos a sensação como uma parte da atividade com significado, que promove a interação adaptativa, sabemos que ao melhorarmos a capacidade da sensação vamos melhorar a aprendizagem e o comportamento (Serrano 2016).

Numa revisão sistemática realizada por May – Benson & Koomar (2010) demonstraram que a integração sensorial tem resultados positivos ao nível das competências sensorio motoras e planeamento motor, socialização, atenção, regulação comportamental, competências de base para a leitura, participação ativa no brincar e no alcançar de objetivos individuais. No mesmo estudo defende-se que a integração sensorial provoca, num curto espaço de tempo, alterações positivas ao nível das funções do corpo, sendo necessário um período mais longo de intervenção para se observar uma mudança no domínio da participação, que é fundamentada em vários níveis de competências.

Perspetiva-se que a utilização deste modelo venha a ser relevante uma vez que permite a análise do funcionamento sensorial da criança e o impacto que tem no seu comportamento e participação ocupacional, nomeadamente em contexto aquático. Poderá

também ser um suporte importante no feedback a dar à mãe e na justificação das opções terapêuticas.

Modelo Cognitivo Comportamental

As teorias cognitivo comportamentais defendem que os processos emocionais e cognitivos podem mediar a aquisição e manutenção de sintomas psicopatológicos. Neste sentido preconizam que a intervenção cognitiva tem um efeito positivo sobre os sintomas, comportamento e função (Grant, Young & De Rubeis, 2005).

Esta linha de intervenção identifica três áreas de funcionamento patológico: cognições, emoções e comportamentos. Baseia-se nos princípios da aprendizagem e da psicologia experimental. A teoria surgiu da necessidade de desenvolver estratégias de intervenção que originem a mudança de comportamentos e baseia-se em vários princípios, nomeadamente (Grant *et al*, 2005 e Bruce & Borg, 2002)

- são dirigidas para a intervenção com desordens ou alterações específicas, que devem ser concretamente mensuráveis;
- é direcionada para objetivos que devem ser delineados com o paciente e provocar alterações na sua vida diária;
- a intervenção ocorre num curto período de tempo e é focada no momento presente;
- há uma estrutura educativa acentuada;
- são trabalhadas com o paciente as capacidades de resolução de problemas, para que o consiga fazer na sua vida diária de forma mais adaptada;
- há uma interação dinâmica entre paciente e terapeuta;
- é exigida a participação ativa ao longo de toda a intervenção tanto do terapeuta como do cliente;
- o desenvolvimento da auto – regulação é fundamental para a aprendizagem das respostas sociais;
- as teorias do desenvolvimento cognitivo podem ser aplicadas enquanto são planeadas as tarefas modificando a complexidade da experiência para promover o sucesso na aprendizagem.

Os mesmos autores defendem a utilização de técnicas específicas ao longo da intervenção como a avaliação (em que a observação do comportamento e a entrevista são metodologias consideradas fundamentais), a definição de objetivos, a auto monitorização, a reestruturação cognitiva, a resolução de problemas (que podem ser apresentados sob o ponto de vista conceptual ou pragmático de acordo com as características da pessoa), ativação comportamental, prevenção de recaídas e técnicas de confronto.

Para além das anteriormente referenciadas há técnicas adicionais que são muito utilizadas como a modelagem, as tarefas progressivas e o reforço.

A **modelagem** é uma técnica apresentada por vários autores. Segundo Kendal (2000) esta influencia o início da aquisição dos comportamentos bem como a sua otimização e ocorre através da observação de outras pessoas enquanto estão a desenvolver a atividade. Para Bruce *et al* (2002), a modelagem contribui para a construção de competências e também para a criação de regras e formação da atitude. O modelo pode ser realizado por outro paciente ou pelo profissional e pretende-se que origine a mudança de comportamento.

O recurso a **tarefas graduadas** é defendido por Bruce *et al* (2002) e consiste na negociação com o paciente para a apresentação de tarefas progressivamente mais complexas com vista a alcançar o(s) objetivo(s) inicialmente delineados. Esta graduação pode ser realizada não só através da exigência da tarefa mas também através do tempo para a sua realização. Pode ser utilizada na sessão terapêutica ou nos trabalhos a desenvolver pelo paciente no seu dia-a-dia.

O **reforço** é uma das técnicas bastante desenvolvidas neste quadro de referência. Pretende-se que estimule e / ou mantenha um comportamento específico e pode ter uma origem interna ou ser externa ao indivíduo. Numa fase inicial do desenvolvimento humano o reforço é maioritariamente externo e manifesto através da aprovação, sorriso ou atenção do outro. Numa fase mais avançada do desenvolvimento o reforço simbólico, manifesto através da memória, verbalizações passam a assumir um papel de relevo. Mais tarde, é o contacto social e posteriormente a satisfação pessoal a assumirem maiores índices de reforço. Por sua vez Watling (2010) defende que em crianças com autismo o reforço pode ser de dois tipos: positivo ou negativo, sendo tanto mais eficaz quanto maior for a sistematização, intencionalidade e significância aplicada.

Bruce *et al* (2002) defende a utilização das teorias cognitivo comportamentais na prática da terapia ocupacional uma vez que partilham alguns constructos teóricos. Desde o início da terapia ocupacional os princípios da aprendizagem social, comportamental e teorias cognitivas tem sido valorizados. Por outro lado Kendal *et al* (2000) defendem a utilização desta teoria em crianças e jovens com incapacidade e / ou distorções no seu processamento cognitivo e na regulação das emoções.

Num estudo desenvolvido por Wood *et al* (2012) verificaram-se efeitos positivos, ao nível da diminuição da ansiedade em 78,5% das crianças (entre os 7 e os 11 anos de idade) com PEA e um adequado funcionamento cognitivo, que realizaram 16 sessões de intervenção segundo a teoria cognitivo comportamental.

No presente estudo de caso prevê-se que este quadro de referência permita adequar as estratégias de ensino (através da modelagem e do reforço, por exemplo) no sentido de otimizar não só a aprendizagem mas também a adequação comportamental, fundamental para a interação social. Poderá também ter um contributo importante na seleção de várias metodologias de avaliação.

3.2.4 Elementos do Processo

A terminologia utilizada ao longo dos elementos do processo, tanto ao nível das áreas de ocupação humana como no domínio dos componentes de desempenho, seguem o apresentado pelo MCDEO e pelos quadros de referência utilizados de forma complementar (atividades aquáticas adaptadas, integração sensorial e cognitivo – comportamental). Os elementos do processo incluem 8 pontos de ação que se dividem em três domínios distintos: avaliação, intervenção e avaliação dos resultados. Cada um dos pontos indica as ações que ocorreram nos diferentes momentos da abordagem terapêutica.

O acompanhamento ao caso em estudo decorreu durante 3 nos letivos consecutivos, pelo que se optou por apresentar os pontos de ação por referência ao ano em que decorreram.

3.2.4.1 - 1º ANO LETIVO: 2012 - 2013

Entrar / iniciar

Segundo Townsend *et al.* (2007), é nesta fase que o terapeuta percebe se o cliente beneficiará, ou não, com os seus serviços e identifica as razões do encaminhamento para a terapia ocupacional. De acordo com os mesmos autores, a primeira fase do processo corresponde à entrada do cliente no mesmo.

Este primeiro contato entre a terapeuta, a criança e a sua mãe ocorreu nas instalações da piscina municipal, mais concretamente na primeira vez que a mãe se dirigiu às instalações da piscina com o objetivo de agendar uma avaliação terapêutica. Neste momento, que teve a duração aproximada de 15 minutos, a mãe referiu que o D. nasceu a 13.01.2004, tendo resultado de uma gravidez planeada. A mãe salientou que desde os primeiros meses que observava algumas diferenças no comportamento do D. (mais calmo do que a irmã mais velha, pouco reativo aos estímulos e interação, atraso na aquisição das principais competências motoras) e que foi partilhando essas dificuldades ao médico. Apenas aos 3 anos de idade o Pediatra encaminhou para o Neuropediatria tendo este realizado o exame neurológico que se revelou normal e encaminhou para colega que realizou o diagnóstico de PEA.

A criança esteve presente durante esta primeira interação, assumindo um comportamento passivo e não emitiu qualquer palavra inteligível. Fisicamente é uma criança que aparenta a idade que tem. O seu aspeto é muito cuidado, embora tenha uma fâcies pouco expressiva em que se destaca a dificuldade em estabelecer o contato visual.

Neste primeiro contato a terapeuta explicou, à mãe, a abordagem terapêutica habitualmente realizada nomeadamente a necessidade de agendar uma avaliação inicial para clarificar, através de entrevista, informação relacionada com a história de vida do D., principais características do desempenho ocupacional da criança e objetivos dos pais com a procura deste serviço.

Nesta primeira abordagem a mãe mencionou que conhecia a intervenção da terapia ocupacional uma vez que o D. já tinha beneficiado do apoio esta área durante o jardim-de-infância.

Ao refletir sobre as capacidades do terapeuta para acompanhar este caso considerou-se que estão reunidas as condições para tal, uma vez que a terapeuta tem

prática de intervenção com crianças com alterações da área da saúde mental e formação específica em terapia aquática e natação adaptada.

Neste ponto do processo as competências de capacitação utilizadas foram o consultar para perceber a perspetiva da família, nomeadamente da mãe, o educar e o envolver.

Definir o estágio

Neste segundo ponto de ação estabelece-se uma relação terapêutica com o cliente e promove-se o *empowerment* para o seu processo de reabilitação, ou no presente caso, processo de habilitação. É nesta fase que o terapeuta conhece o perfil e a narrativa ocupacional do cliente, identificando interesses, necessidades e prioridades, o que no caso específico aconteceu através da aplicação de metodologia de avaliação de entrevista semiestruturada.

Segundo Crepeau, Cohn & Schell (2011), após ter sido identificada a informação básica sobre o cliente, entrevistar é o primeiro passo para a realização de uma avaliação centrada no mesmo, podendo ajudar o terapeuta a pensar sobre o cliente em termos narrativos. A entrevista, deve ter sempre lugar no início do processo e ter como objetivo fundamental a recolha de informação específica sobre o cliente, tendo em conta a forma como este vivenciou as suas experiências, os pontos de vista sobre si mesmo e sobre o mundo que o rodeia.

Consistiu numa primeira abordagem, dirigida sob a metodologia de entrevista semiestruturada (Apêndice B – Guião da entrevista semiestruturada), realizada no dia 04.10.2012 e teve a duração aproximada de 40 minutos. A entrevista decorreu numa sala junto ao caís, com um equipamento simples (mesa e cadeiras) e inteiramente disponível para esta interação. Teve como objetivos conhecer e compreender a perspetiva da mãe sobre o desempenho atual do D., as prioridades definidas pela família e a história evolutiva e ocupacional da criança. Este procedimento foi realizado à mãe pois segundo Mulligan (2003) no processo de avaliação em terapia ocupacional pediátrica é fundamental envolver os membros da família, principalmente os cuidadores. Para além de estabelecer *rapport* com a criança é essencial fazê-lo em simultâneo com os seus pais (também clientes) para proporcionar serviços terapêuticos efetivos.

A criança esteve presente durante toda a entrevista, assumindo um comportamento tranquilo mas muito passivo nunca respondendo a qualquer estímulo. Entrou com a mãe na sala e sentou-se na cadeira indicada, permanecendo assim durante todo o tempo. Não respondeu ao cumprimento que lhe foi dirigido, não estabeleceu contato visual com a terapeuta e não aceitou o contacto físico com esta. Manteve proximidade corporal com a sua mãe, procurando o seu apoio quando se dirigiam a ele. Quando questionada a mãe referiu que este é o comportamento habitual do D. e que quando fica mais ansioso inicia um comportamento de auto agressão, batendo na sua própria cabeça e/ou na face antero - superior do tronco.

Atendendo ao perfil de comunicação apresentado pela criança foi a mãe que referiu o motivo de ter procurado os serviços aquáticos na piscina, tendo mencionado a necessidade da criança adquirir padrões de segurança e autonomia em contexto aquático. Os pais preocupam-se com o fato do D. não conseguir estar de forma autónoma e em segurança na piscina, o que interfere com a dinâmica familiar durante as férias. A mãe referiu que tem a expectativa de que este padrão possa ser mudado com a intervenção em contexto aquático e tem acredita que o D. possa vir a integrar uma aula regular.

Através da entrevista soube-se que o D. está integrado numa escola do 1º ciclo e tem acesso às terapias consideradas, pela equipa educativa, como necessárias para o seu desenvolvimento, aprendizagem e bem - estar. Segundo a mãe o D. está bem integrado na escola frequentando a turma do 2º ano. Está com a sua turma duas vezes por semana no período da manhã (altura em que beneficia também do apoio da professora do ensino especial) e nos restantes períodos (três manhãs e todas as tardes) está na sala TEACCH, local em que conta com o apoio terapêutico na área da fala e da psicomotricidade. A mãe deu autorização e os contatos para que se articule com a professora do ensino especial.

A família nuclear (constituída pela mãe, pai e irmã de 14 anos) investe emocional e economicamente nas ferramentas que podem constituir uma mais-valia no seu desenvolvimento, valorizando a atividade aquática como uma área a priorizar no presente ano letivo. Da dinâmica familiar destaca-se uma família nuclear aparentemente coesa em que a mãe está disponível para acompanhar o D. e proporcionar os apoios educativos e terapêuticos de que necessita. Há uma boa relação com a irmã embora o D. procure com maior frequência a mãe em situações de insegurança ou desafio. O pai foi apresentado como o membro da família menos disponível atendendo às suas responsabilidades

profissionais e necessidade de suportar economicamente toda a família, uma vez que a mãe não trabalha.

Foi clarificado o alvo da intervenção da terapia ocupacional em contexto aquático: segurança e autonomia do D, com possível integração em aula regular, para aprendizagem da natação. A mãe referiu que o D. gosta de estar na piscina podendo ter um comportamento demasiado entusiasta (atirando-se para a piscina sem identificar o perigo) ou então fugir, principalmente quando se assusta com algum estímulo.

Com o intuito de melhor caracterizar o desempenho de D. no meio aquático, nos dias 11 e 18 de outubro de 2012, foi aplicado o instrumento WOTA 1.

O WOTA 1 é um instrumento de avaliação que foi construído por Ruthy Tirosh, em 2008, tendo como referencial teórico o Halliwick. Consiste numa grelha de registo da observação da adaptação ao meio aquático constituída por 13 domínios que vão desde a forma de entrada na piscina à capacidade de deslocação em diferentes planos. Tem uma pontuação máxima de 52 pontos.

Tal como se constata no Anexo B (WOTA 1 – Outubro de 2012) o D. obteve um resultado de 22 pontos em 52 possíveis. Os itens em que tem um pior desempenho relacionam-se com a adaptação ao meio aquático (entrada pela berma, mudança de posições para decúbito dorsal / ventral, respiração e imersão bem como flutuação em diferentes posições) sendo os mais pontuados os que representam o controlo motor e postural em contexto aquático (capacidade de controlar o deslocamento na posição de pé e na posição de sentado).

Ainda no domínio da **adaptação ao meio aquático** e recorrendo-se à observação direta provocada para clarificar alguns aspetos do desempenho do D. a utilização da observação direta como avaliação em pediatria é preconizada por Mulligan (2003). A autora argumenta que esta é frequentemente a fonte de informação mais valiosa ao longo do processo de avaliação. É reforçada a necessidade de destrinçar claramente o que é observado pelo terapeuta e a análise que se faz do comportamento observado. No contexto aquático e através de observação confirmou-se que o D. tem muita dificuldade em tolerar o movimento da água, principalmente os salpicos quando estes atingem a sua cara. Também quando lhe é pedido e estimulado o contacto da cara com a água (mesmo quando está parada) a criança não o consegue fazer, fugindo da situação e por vezes auto agredindo-se.

A 18 e 25 de outubro recorreu-se à observação direta provocada como metodologia para avaliar o desempenho nas áreas relacionadas com a ida à piscina e que são requisitos para a integração em classe regular.

Com este procedimento constatou-se que o D. precisa de ajuda moderada ao nível do vestuário (tanto no despir como no vestir) e na mobilidade funcional nas instalações da piscina.

A fim de validar a informação sobre o desempenho escolar prosseguiu-se com o contato com a professora do ensino especial. A professora corroborou a informação já partilhada pela mãe ao nível do perfil do D., tendo reforçado que em contexto educativo as prioridades são:

- estabilidade psicomotora, nomeadamente a manutenção da atenção;
- interação com os pares;
- comunicação verbal funcional.

No final deste ponto de ação foi clarificado com a mãe as áreas avaliadas e como se irá continuar com a avaliação da recolha dos fatores que influenciam o desempenho ocupacional do D. e de que forma se prevê que o processo terapêutico decorra, enfatizando a participação de cada elemento (mãe, criança e terapeuta).

A terapeuta considerou possível desenvolver a abordagem da terapia ocupacional no sentido de serem alcançados o objetivo da família e alertou para a eventual necessidade de trabalhar outras áreas, nomeadamente autonomia no espaço de piscina; vestuário e interação social (com adulto e com os pares) para se alcançar, ainda que a longo prazo, a finalidade apresentada pela mãe.

As competências de capacitação utilizadas foram o colaborar (ocorreu partilha de informação com vista a conhecer o cliente principal e a sua mãe) o consultar (os dados mais relevantes da história de vida do D.) o coordenar (as várias fontes de informação e promover a interação) e o envolver (foi promovida a aliança terapêutica entre a terapeuta e a criança bem como com a sua mãe).

Avaliar

Após os problemas ocupacionais estarem identificados e validados, são aplicados outros instrumentos de avaliação, de forma a identificar os fatores pessoais, ambientais e ocupacionais que influenciam (negativa e positivamente) o envolvimento e desempenho do D. (Townsend *et al.* 2007).

Tendo como base os dados anteriormente identificados e a finalidade apontada pela família foi desenvolvida a avaliação. Neste ponto de ação os procedimentos incluíram:

- o preenchimento, pela família, do perfil sensorial (questionário sobre o funcionamento sensorial da criança no seu dia a dia);
- a utilização de observação direta provocada relativamente ao comportamento do D, à sua capacidade de se deslocar e ser autónomo nas instalações da piscina.

Os resultados da avaliação são apresentados seguindo uma filosofia “*top – dow*” e tendo por referência a finalidade identificada pela mãe.

Através da observação direta foi possível avaliar as causas das limitações encontradas no desempenho de D., nas áreas essenciais para a sua integração na aula regular. No domínio do vestuário não demonstrou conhecimento ao nível da sequência inerente ao despir a roupa e evidenciou dificuldades práticas para o fazer (por exemplo não conseguiu coordenar o movimento para tirar os braços das mangas da camisola, não conseguiu despir as calças, não conseguiu coordenar o movimento do braço para despir o robe).

De igual forma na mobilidade funcional evidenciou desorientação ao nível do caminho a realizar nas instalações da piscina, necessitando da ajuda constante da mãe para lhe indicar o percurso até à rouparia e depois desta para o caís. Neste espaço demonstrou, em ambas as sessões, muita dificuldade em aguardar pela sua vez para entrar na piscina. No final da atividade verificou-se ser necessário ajuda moderada não só para calçar os chinelos e vestir o robe bem como para se dirigir ao espaço em que os pais aguardam pelo final das sessões (corredor localizado entre o cais de piscina e a rouparia).

No decorrer das duas primeiras sessões terapêuticas foi também utilizada a observação direta provocada para perceber de que forma os **principais componentes** (físicos, afetivos e cognitivos) interferem com o desempenho nas áreas identificadas.

Assim ao nível sensorial o D. demonstrou dificuldade em tolerar o ruído existente na piscina provocado não só pelas turbinas de renovação da água mas também pelas crianças que em simultâneo estão a frequentar as respetivas aulas. Esta dificuldade traduz-se numa maior agitação quando aumenta o volume dos ruídos despoletando por vezes comportamento de auto- agressão. No domínio vestibular e apesar da (des)adaptação no meio aquático evidenciou-se a necessidade constante de saltar e rodopiar sobre si próprio o que pode indiciar procura deste tipo de informação. Na área tátil parece existir um baixo limiar o que contribui para a dificuldade em colocar a cara na água. Observou-se no entanto uma boa resposta perante estímulos propriocetivos intensos, como por exemplo empurrar um equipamento aquático (escorrega subaquático), que o ajudaram a regular o seu comportamento.

No domínio sensorial foi aplicado a 04.10.2012 (Anexo C- Perfil sensorial) o perfil sensorial. Este é um questionário de auto - preenchimento que permite aos profissionais avaliar as capacidades de processamento sensorial, clarificar o perfil sensorial e o efeito do processamento sensorial no dia-a-dia da criança. Este instrumento foi construído para ser utilizado no âmbito de uma avaliação compreensiva do desempenho da criança que inclua outras metodologias de avaliação como a observação e a intervenção, possibilitando a definição diagnóstica e o planeamento da intervenção (Dunn, 1999). É um questionário para ser preenchido pelos pais / cuidadores e que revela o funcionamento (processamento e modulação) sensorial da criança no seu dia- a- dia. É constituído por 125 questões sendo através da análise ponderada de cada uma delas que se obtém o perfil sensorial da criança. As questões estão organizadas em três secções principais: processamento sensorial, modulação e respostas emocionais e comportamentais e na tabela nº 1 e nº 2 estão expressos os resultados globais do D..

Tabela nº 1: Resultados obtidos no perfil sensorial - fator

Factor	Total do Factor	Desempenho Normal	Diferenças prováveis	Diferenças definitivas
1. Procura sensorial	70/85	85---63	62-----55	54-----17
2. Reacção emocional	48/80	80-----57	56-----48	47-----16
3. Baixo tónus / endurance	37/45	45-----39	38---36	35-----9
4. Sensibilidade sensorial oral	41/45	45---33	32-----27	26-----9
5. Inatenção / distratibilidade	16/35	35-----25	24-----22	21---7
6. Registo pobre	26/40	40-----33	32-----30	29---8
7. Sensibilidade sensorial	19/20	20---16	15-----14	13-----4
8. Sedentarismo	9/20	20-----12	11-----10	9-----4
9. Motricidade fina / percetiva	11/15	15---10	9-----8	7-----3

Tabela nº 2 – Resultados obtidos no perfil – processamento e modulação

Processamento Sensorial	Total Factor	Desempenho Normal	Diferenças prováveis	Diferenças definitivas
A. Processamento auditivo	19/40	40-----30	29-----26	25--○-----8
B. Processamento visual	34/45	45--○-----32	31-----27	26-----9
C. Processamento vestibular	40/55	55-----48	47-----45	44--○-----11
D. Processamento tátil	56/90	90-----73	72-----65	64--○-----18
E. Processamento multisensorial	23/35	35-----27	26-----24	23--○-----7
F. Processamento sensorial oral	56/60	60--○-----46	45-----40	39-----12
Modulação	Total Factor	Desempenho Normal	Diferenças prováveis	Diferenças definitivas
G. Processamento sensorial relacionado com o endurance /tónus	37/45	45-----39	38--○-----36	35-----9
H. Modulação relacionada com o movimento e a posição do corpo	41/50	50-----41	40-----36	35-----10
I. Modulação do movimento que afeta o nível de actividade	19/35	35-----23	22-----19	18-----7
J. Modulação do input sensorial que afeta as respostas emocionais	17/20	20--○-----16	15-----14	13-----4
K. Modulação do input visual que afeta as respostas emocionais e o nível de actividade	10/20	20-----15	14-----12	11--○-----4
Modulação	Total Factor	Desempenho Normal	Diferenças prováveis	Diferenças definitivas
L. Respostas emocionais /sociais	48/85	85-----63	62-----55	54--○-----17
M. Comportamentos resultantes do processamento sensorial	25/30	30--○-----22	21-----19	18-----6
N. Itens que indicam respostas de acordo com o limiar neurológico	14/15	15--○-----12	11-----10	9-----3

A análise mais detalhada das respostas indicam, ao nível do processamento e modulação sensorial um baixo limiar auditivo e tátil com comportamento ativo e um elevado limiar vestibular assumindo maioritariamente um comportamento ativo. Assim o D. demonstra um perfil de evitamento sensorial auditivo e tátil e de procura sensorial ao nível do vestibular. Estes dados vão ao encontro dos comportamentos observados em contexto de piscina e já descritos. Nos fatores registaram-se alterações ao nível da

inatenção/distratibilidade, registo pobre e sedentarismo, o que vai ao encontro do comportamento observado em aula e no cais.

No que se refere aos componentes cognitivos o tempo de manutenção do foco atencional é muito breve (1-2 segundos) o que nitidamente influencia a descodificação da mensagem, até porque não conseguia posteriormente voltar a focar a atenção. Relativamente à sua capacidade de retenção da informação e aplicação das mesmas em futuras situações não foi possível clarificar totalmente esta componente. A capacidade de cumprir ordens simples é diminuta não tendo ocorrido nenhuma situação em contexto de aula em que a capacidade fosse demonstrada. Segundo a mãe ele consegue realizá-lo embora seja necessário um ambiente muito estruturado.

Ao nível afetivo é uma criança que demonstra a sua zanga e ansiedade com agressividade que dirige a si próprio. Globalmente não reagiu negativamente à presença da terapeuta, embora tenha muita dificuldade em tolerar o contacto através do toque. Em situações de maior stress ou ansiedade tentou fugir da piscina. Foi notória a dificuldade em estar com outras crianças evitando até passar em espaços em que os pares se encontrem (por exemplo partilhar o banco no cais de piscina ou passar no espaço de uma aula de piscina para chegar à sua pista). Não se observou qualquer contacto visual com crianças da sua idade nem com a terapeuta (mesmo quando tal lhe foi solicitado / estimulado). Nas primeiras sessões foi evidente a procura da mãe em situações de maior exigência ou stress, procurando a sua proteção sempre que ficava mais ansioso.

Embora reconhecendo a importância que a espiritualidade individual traz para o envolvimento ocupacional, atendendo às características do D. não foi possível avaliar este domínio. No entanto atendendo à sua faixa etária e ao impacto que a família, principalmente a mãe, podem ter no seu desempenho considerou-se importante caracterizar a sua espiritualidade. Assim percebeu-se que esta família tem uma postura predominantemente pragmática face às dificuldades do D., tentando encontrar recursos que o poderão ajudar. Acreditam que o filho pode fazer aquisições e ter um desempenho mais funcional, mas estão conscientes do impacto que a PEA têm no desenvolvimento e participação. A mãe valoriza a atividade aquática adaptada acreditando que esta poderá

contribuir para a autonomia e aprendizagem do D. e a longo prazo para a integração em aula regular de aprendizagem da natação.

A intervenção em contexto aquático decorrerá no espaço do tanque de aprendizagem: este tanque tem uma profundidade que varia entre os 50cm e os 120cm (zona em que o D. não alcança o fundo da piscina com os seus pés) de profundidade, tendo 8 metros de largura por 12 de comprimento. Na hora em que decorre a aula o espaço é frequentado por crianças da mesma faixa etária, estando todas as pistas ocupadas com aulas de adaptação ao meio aquático (aprendizagem da natação). Esta realidade implica um nível de ruído considerável na piscina e que o cais tenha bastante material e equipamento disperso.

A equipa de profissionais da piscina está muito recetiva à participação de crianças com alterações de desenvolvimento sendo por norma facilitadora do seu desempenho.

Ao terminar o processo de avaliação considerou-se necessário realizar a sistematização da informação recolhidas, procedimento que se apresenta na tabela nº3

Tabela nº 3 Sistematização dos principais dados da avaliação

Finalidade da família: segurança e autonomia do D, com possível integração em aula regular			
PESSOA		OCUPAÇÃO	AMBIENTE
Fatores que influenciam negativamente o desempenho / envolvimento	Componentes físicos	Adaptação ao meio	Hora da aula com
	Limiar auditivo baixo	aquático pobre	ambiente ruidoso
	Limiar vestibular alto		
	Limiar tátil baixo	Deslocação bípede	Número de pessoas
	Dificuldades na praxis motora	em profundidade	presentes
	Componentes cognitivos	ineficaz	
	Baixa capacidade de atenção /		Material e
	concentração	Imersão	equipamento
	Dificuldade em compreender		existentes
	ordens simples	Permanência na aula	
	Dificuldade em compreender e		
	reter a informação	Vestuário	
	Fraca orientação espacial		
	Ausência de comunicação verbal	Planeamento e práxis	
	oral	de execução	
Componentes afetivos			
	Dificuldade em estabelecer	Mobilidade funcional	
	contato visual	deficitária	
	Comportamento agitado com		
	reações de impulsividade	Orientação global	
Comportamentos de auto –		pobre	
	agressividade		
Baixa tolerância à frustração			

Tabela nº 3 (Cont.) - Sistematização dos principais dados da avaliação

Fatores que influenciam positivamente o desempenho / envolvimento	Componentes físicos	Gosta de água; Procura a piscina	Equipa técnica da piscina com recetividade a criança com alterações de desenvolvimento Crianças das aulas regulares com boa tolerância à presença do D. e disponíveis para interagir.
	Sistema propriocetivo como regulador Inexistência de alterações estruturais Componentes afetivos Tolerância presença da terapeuta Boa relação com a mãe Procura a mãe em situações de stress		

Neste ponto de ação foram utilizadas as competências de capacitação colaborar (obtendo a resposta e desempenho mais característicos do cliente) coordenar (informação já recolhida acerca da finalidade da prática aquática identificada pela família com os dados da avaliação), desenhar/construir (condições de avaliação que permitam o D. sentir-se seguro e demonstrar as suas capacidades e dificuldades) e envolver (O D. em toda a avaliação respeitando o seu *Inner Drive*).

Concordar acerca dos objetivos e planear

Após analisar todos os dados recolhidos na avaliação, a terapeuta, em conjunto com o cliente, ou este caso a sua cuidadora, definiram os objetivos a serem alcançados.

Após negociação, ficou estabelecido que neste ano letivo (2012/ 2013) seria importante por um lado promover a aquisição de capacidades de segurança no meio aquático e por outro promover um maior grau de adaptação a este meio, permitindo um desempenho não só mais eficaz como também mais satisfatório para a criança. Foi também considerado de grande importância contemplar nos objetivos as áreas de desempenho deficitário e que no futuro serão essenciais para a integração do D. numa classe regular, nomeadamente a mobilidade dentro das instalações da piscina.

Relativamente ao vestuário e oportunidades de interação social foi decidido, por unanimidade, deixar esse objetivo para ser trabalhado no ano letivo seguinte.

Após ser assumido pela família que só existiam condições para o D. frequentar a piscina 1 vez por semana, no horário utilizado durante a avaliação (5ª feira; 17.30) e mantendo a família a finalidade de “segurança e autonomia do D, com possível integração em aula regular”, foram definidos os objetivos, tal como se apresenta de seguida:

OG 1: O D. deverá permanecer no meio aquático com maiores níveis de segurança

OE 1.1 O D. deverá ser capaz, no final de 3 meses de intervenção, tolerar o contacto da cara com a água;

OE 1.2 O D. deverá ser capaz de, após 9 meses de intervenção, tolerar o contacto da cara com a água conseguindo realizar o bloqueio da glote em caso de entrada de água pelo nariz ou boca;

OE 1.3 O D. deverá ser capaz de, após 9 meses de intervenção, se deslocar na posição vertical em todo o comprimento da piscina, mesmo nas regiões de maior profundidade em que não consegue atingir o fundo da piscina com os seus pés, demonstrando assim adaptação à profundidade.

OG 2: O D. deverá ter uma participação mais autónoma no meio aquático

OE 2.1 O D. deverá ser capaz de, no final de 3 meses de intervenção terapêutica, deslocar-se, na posição vertical e na zona de profundidade intermédia, com segurança e velocidade utilizando o movimento das mãos para facilitar a progressão;

OE 2.2 O D. deverá conseguir, após 6 meses de intervenção, realizar com ligeiro suporte físico a rotação transversal deslocando-se da posição de pé até à posição de decúbito dorsal;

OE 2.3 O D. deverá conseguir, no final de 6 meses, tolerar os salpicos e turbulência da água na sua cara;

OE 2.4 O D. deverá conseguir, após 9 meses de intervenção, realizar com ligeiro suporte físico a rotação transversal deslocando-se da posição de pé até à posição de decúbito dorsal e regressando à posição inicial.

OG 3: O D. deverá ser o mais autónomo possível na mobilidade funcional nas instalações da piscina

OE 3.1 – O D. deverá conseguir, no final de 3 meses de intervenção, identificar e realizar com supervisão da mãe, o caminho da entrada das instalações até ao balneário;

OE 3.2 – O D. deverá conseguir, após 6 meses de intervenção, identificar e realizar com supervisão da mãe, o caminho do balneário até à roupa;

OE 3.3 – O D. deverá conseguir, no final de 6 meses, identificar e realizar, com supervisão da mãe, o caminho da roupa até ao cais de piscina;

OE 3.4 – O D. deverá conseguir, no final de 9 meses, identificar e realizar, com supervisão da mãe, o caminho desde a entrada das instalações até ao cais de piscina, não se perdendo e realizando as tarefas em cada um dos locais intermédios.

Ao planear o ano letivo constatamos que o D. tem previstas 40 sessões individuais, distribuídas equitativamente ao longo dos 10 meses. Cada sessão terá uma duração de 30 minutos, o que perfaz um total de 20 horas de intervenção. As sessões decorrerão maioritariamente no interior tanque de aprendizagem e quando necessário a terapeuta poderá dirigir-se aos balneários e /ou roupa.

Foi com base nesta informação temporal e espacial que foi construído o plano de intervenção, por referência aos objetivos definidos, tal como se apresenta na tabela nº4.

Tabela nº 4 - Plano de intervenção para o ano letivo de 2012 - 2013

OE 1.1 O D. deverá ser capaz, no final de 3 meses de intervenção, tolerar o contacto da cara com a água.		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Treinar Colaborar Desenhar / construir	Halliwick Adaptação Mental Cognitivo – Comportamental Tarefas graduadas Resolução de problemas Reforço	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina
OE 1.2 O D. deverá ser capaz de, após 6 meses de intervenção, tolerar o contacto da cara com a água conseguindo realizar o bloqueio da glote em caso de entrada de água pelo nariz ou boca.		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Adaptar Treinar Colaborar Desenhar / construir	Halliwick Empuxo / inversão mental Cognitivo – Comportamental Tarefas graduadas Resolução de problemas	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina Materiais de piscina
OE 1.3 O D. deverá ser capaz de, após 9 meses de intervenção, se deslocar na posição vertical em todo o comprimento da piscina, mesmo nas regiões de maior profundidade em que não consegue atingir o fundo da piscina com os seus pés, demonstrando assim adaptação à profundidade.		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Adaptar Treinar Educar Especializar	Halliwick Empuxo / inversão mental Cognitivo – Comportamental Tarefas graduadas Auto - regulação	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina Materiais de piscina

Tabela nº 4 (Cont.)- Plano de intervenção para o ano letivo de 2012 - 2013

OE 2.1 O D. deverá ser capaz de, no final de 3 meses de intervenção terapêutica, deslocar-se, na posição vertical e na zona de profundidade intermédia, com segurança e velocidade utilizando o movimento das mãos para facilitar a progressão;		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	RECURSOS
Desenhar / construir	Halliwick	Humanos
Envolver	Adaptação Mental	Cliente
	Equilíbrio	Terapeuta
Especializar	Integração Sensorial	Ambientais
Educar	Graduação do input	Piscina
	Inner drive	Materiais de piscina
OE2.2 O D. deverá conseguir, após 6 meses de intervenção, realizar com ligeiro suporte físico a rotação transversal deslocando-se da posição de pé até à posição de decúbito dorsal.		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Treinar	Halliwick	Humanos
Envolver	Adaptação Mental	Cliente
	Rotação Transversal	Terapeuta
Educar	Cognitivo Comportamental	Ambientais
Especializar	Modelagem	Piscina
	Tarefas graduadas	Materiais de piscina
OE 2.3 O D. deverá conseguir, no final de 6 meses, tolerar os salpicos e turbulência da água na sua cara.		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Treinar	Halliwick	Humanos
Envolver	Adaptação Mental	Cliente
	Integração Sensorial	Terapeuta
Especializar	Resposta Adaptativa	Ambientais
	Cognitivo – comportamental	Piscina
	Auto regulação	Materiais de piscina
OE 2.4 O D. deverá conseguir, após 9 meses de intervenção, realizar com ligeiro suporte físico a rotação transversal deslocando-se da posição de pé até à posição de decúbito dorsal e regressando à posição inicial.		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Treinar	Halliwick	Humanos
Envolver	Adaptação Mental	Cliente
	Cognitivo Comportamental	Terapeuta
Educar	Modelagem	Ambientais
	Tarefas graduadas	Piscina
Especializar	Reforço	Materiais de piscina

Tabela nº 4 (Cont.)- Plano de intervenção para o ano letivo de 2012 - 2013

OE 3.1 – O D. deverá conseguir, no final de 3 meses de intervenção, identificar e realizar com supervisão da mãe, o caminho da entrada das instalações até ao balneário;		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Treinar Educar Consultar Coordenar	Cognitivo – Comportamental Resolução de problemas Tarefas graduadas	Humanos Cliente Mãe Terapeuta Ambientais Percurso interno nas instalações da piscina
OE 3.2 – O D. deverá conseguir, após 6 meses de intervenção, identificar e realizar com supervisão da mãe, o caminho do balneário até à rouparia.		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Treinar Educar Consultar Coordenar	Cognitivo – Comportamental Resolução de problemas Tarefas graduadas Modelagem Reforço	Humanos Cliente Mãe Terapeuta Ambientais Percurso interno nas instalações da piscina
OE 3.3 – O D. deverá conseguir, no final de 6 meses, identificar e realizar, com supervisão da mãe, o caminho da rouparia até ao cais de piscina.		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Treinar Educar Consultar Coordenar	Cognitivo – Comportamental Resolução de problemas Tarefas graduadas Modelagem Reforço	Humanos Cliente Mãe Terapeuta Ambientais Percurso interno nas instalações da piscina
OE 3.4 – O D. deverá conseguir, no final de 9 meses, identificar e realizar, com supervisão da mãe, o caminho desde a entrada das instalações até ao cais de piscina, não se perdendo e realizando as tarefas em cada um dos locais intermédios.		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Consultar Coordenar Especializar Desenhar / construir Educar	Cognitivo – Comportamental Resolução de problemas Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Mãe Terapeuta Ambientais Percurso interno nas instalações da piscina

O plano anteriormente descrito de forma conceptual será aplicado maioritariamente com base em jogos aquáticos. Para Moreno, Estrade, Rosa, Sánche, Vicente & Zomeno (2000) o jogo aquático constitui um recurso metodológico natural que aumenta a motivação e eficácia dos processos de ensino-aprendizagem. Nesta metodologia os alunos assumem o papel de protagonistas das suas próprias aprendizagens. Implica simultaneamente uma ação mediadora por parte do professor (ou terapeuta) que realiza a adequação dos processos de ensino aos processos de aprendizagem o que se materializa através de propostas que favoreçam uma prática vivenciada e com diferentes níveis de execução e solução. Nesta linha de intervenção planeou-se seguir os quadros de referência já descritos e utilizar de forma sistemática e sequenciada jogos aquáticos tentando aumentar a motivação da criança para as atividades. Os jogos serão apresentados tendo como critério a evolução demonstrada pelo D. e os objetivos priorizados em cada fase do ano letivo. Assim estão previstos jogos de “Pesca dos amigos do mar” (Apêndice C), “Descanso ao luar” (Apêndice D), Árvore de natal aquática (Apêndice E), de entre muitos outros.

Neste ponto de ação como capacitação foram utilizadas as competências de consultar (na medida em que a planificação resulta também da opinião do cliente e sua família, sendo com eles partilhada a informação), desenhar / construir (uma vez que foi construída toda a planificação a intervenção) e envolver (o cliente na realização de atividades com vista à persecução dos seus objetivos).

Implementar o plano

Como previsto a implementação do plano decorreu entre outubro de 2012 e julho de 2013, com a participação ativa do cliente em todas as fases do processo e da sua mãe que colaborou no trabalho de autonomia a realizar em contexto terrestre da PMO e dando feedback à terapeuta relativamente às alterações no comportamento e desempenho do D.

Das 40 sessões inicialmente previstas, realizaram-se 32 (4 por doença do D, 2 por férias do D. e 2 por interrupção da água na piscina), havendo assim uma taxa de efetivação de 80 %. Devido a indisponibilidade da família em comparecer em outros dias na piscina, não foi possível realizar a compensação das aulas em falta. Ao nível da pontualidade

registra-se que esta família apresentou um padrão de elevada pontualidade, o que permitiu rentabilizar o tempo de sessão.

Foram implementadas as técnicas inerentes a cada quadro de referência e as nove competências de capacitação referidas no ponto de ação anterior. A utilização de uma vasta diversidade de competências de capacitação neste ponto de ação relaciona-se com a complexidade do mesmo que exige ao terapeuta um vasto leque de recursos.

As atividades descritas no ponto de ação “concordar acerca dos objetivos e planear” foram implementadas apresentando-se na foto nº1 um exemplo.

Foto 1: Árvore de natal aquática



Monitorizar e modificar

A monitorização foi um processo contínuo que decorreu simultaneamente com a implementação do plano. De acordo com a evolução terapêutica da criança e as suas necessidades ocupacionais realizaram-se ajustes progressivos quer ao nível das estratégias e recursos utilizados quer ao nível das próprias atividades. Estes ajustes e adaptações fizeram-se sentir não só em cada aula como também em alguns períodos de tempo em que a evolução não correspondeu ao esperado.

Ao longo do ano do ano letivo foi possível identificar três fases distintas. Numa primeira fase, que correspondeu aos primeiros três meses de intervenção, o D. demonstrou-se muito retraído, com elevado receio e uma média de 2 / 3 tentativas de fuga por sessão. Neste período embora os jogos aquáticos fossem apresentados de acordo com

as preferências do D., muitos deles não foram apelativos para a criança. Nestas ocasiões adaptou-se a atividade, diminuindo a quantidade de informação verbal e tornando os desafios mais intuitivos e de cariz predominantemente sensoriais. Progressivamente o D. demonstrou maior confiança e disponibilidade para as atividades, motivo pelo qual se introduziu faseadamente uma maior sistematização e velocidade na implementação das mesmas. Assim na fase intermédia do ano letivo (janeiro a março) foi possível desenvolver a intervenção com maior eficácia tendo-se observado mais aquisições ao nível da adaptação ao meio aquático e mobilidade funcional, sendo que essas aquisições foram mais rapidamente retidas e integradas. No período final do ano letivo o D. começou a demonstrar algum interesse em saltar da berma, partindo da posição de sentado e sem submergir a face. A introdução desta atividade resultou do interesse que D. demonstrou em observar as outras crianças que no final da sua aula faziam este tipo de jogo. Embora esta opção pudesse contribuir significativamente para o processo de adaptação ao meio aquático e para os objetivos inicialmente delineados, a mãe deu o feedback de que a criança ficara mais agita após as aulas em que terminava com a realização desta atividade. Atendendo ao perfil sensorial do D. e ao intenso input tátil desta atividade optou-se por suspender a sua realização. No entanto sabendo do gosto apresentado pela criança em entrar dentro de água através da berma e também porque esta opção poderia contribuir para o processo de adaptação ao meio aquático optou-se por colocar o escorrega na berma, permitindo que a criança entre através deste equipamento. Nas primeiras tentativas o D. teve dificuldade em compreender o que lhe era pedido, motivo pelo qual evitava o movimento no escorrega e a entrada na água. Nesta situação recorreu-se à utilização da modelagem (pediu-se a outra criança para demonstrar a entrada) e a graduação da tarefa (o nadador salvador, nas primeiras tentativas, acompanhou todo o movimento realizado pelo D. graduando a aceleração linear e minimizando a informação tátil decorrente do “corte de água” quando o corpo entra na piscina) e do reforço positivo (sempre que evidenciava uma nova aquisição), tendo estas resultado numa melhor execução da tarefa.

As competências de capacitação utilizadas ao longo deste ponto de ação foram o consultar (uma vez que foi fundamental conhecer a opinião do cliente e sua família à intervenção desenvolvida e seu impacto no funcionamento diário da criança) o treinar (devido a toda a intervenção realizada, com vista à otimização do desempenho), colaborar (com o cliente e sua família), envolver (principalmente o D. levando-o a realizar as

atividades propostas durante a sessão) e o desenhar / construir (sempre que foi necessário re-estruturar / ajustar o plano de intervenção).

Avaliar os resultados

Na avaliação dos resultados há lugar à reavaliação dos desafios ocupacionais. Towswnd et al. (2007) prevê que com este procedimento os objetivos possam:

- ser integralmente atingidos e não serem referidos outros problemas ocupacionais;
- ser são atingidos mas serem identificados outros problemas ocupacionais que necessitam de ser abordados;
- não ser totalmente alcançados podendo nesta situação o terapeuta e o cliente estabelecer novos objetivos para a intervenção ou optar por concluir o processo.

No final do ano letivo (julho de 2013), tal como previsto realizou-se a reavaliação tendo particular atenção ao desempenho ocupacional do D. na(s) área(s) identificada(s) como prioritárias. Foi neste âmbito e tendo em conta os quadros de referência utilizados que nos pareceu pertinente:

- re-aplicar a escala de caracterização do perfil aquático WOTA 1;
- realizar observação direta provocada relativamente ao comportamento aquático do D, à sua capacidade de se deslocar e ser autónomo nas instalações da piscina.

À semelhança do que se realizou na avaliação inicial também aqui os resultados da reavaliação são apresentados seguindo a filosofia “*top – dow*”.

Tal como se constata no Anexo D, (WOTA 2- Julho de 2013) o D. obteve um resultado de 37 pontos em oposição aos 22 obtidos no início do ano letivo, salientando-se que os itens em que continua a ter um pior desempenho se relacionam com a adaptação ao meio aquático (mudança de posições para decúbito dorsal / ventral, flutuação em diferentes posições assim como respiração e imersão). De seguida sentiu-se necessidade de complementar a avaliação da adaptação ao meio aquático através da observação direta provocada, tendo-se constatado que o D.:

- está globalmente mais seguro no contexto aquático;
- o seu comportamento evidencia menor agitação, estando com maior disponibilidade para observar as outras crianças que realizam aulas nos espaços contínuos à sua pista e também mais recetivo às instruções;
- desloca-se na posição bípede ao longo da piscina com relativa orientação espacial, embora ainda não domine as regras de circulação (à direita) existentes no espaço aquático;
- consegue fazer a transição da posição de pé para decúbito dorsal e regressar à posição inicial, mas permanece ainda durante pouco tempo (2 / 3 segundos) em decúbito dorsal;
- permite, embora com incomodo, os salpicos de água na cara.

Foi também utilizada a observação direta provocada para recolher informação sobre a mobilidade funcional e o vestuário (apesar de não ter sido alvo de intervenção nesta fase da abordagem). Alguns aspetos não foi possível avaliar de forma direta tendo sido posteriormente esclarecidos pela mãe do D.

Na área da mobilidade funcional registou-se uma evolução positiva e segundo o que foi possível observar consegue agora deslocar-se dos balneários à rouparia e desta até aos caís. No entanto assim que chega a este espaço quer entrar de imediato na piscina e tem muita dificuldade em esperar pela sua vez necessitando da presença de um adulto para o conter e impedir que tal aconteça. Curiosamente e segundo informação da mãe ainda não consegue orientar-se desde a entrada da piscina até aos balneários, motivo pelo qual não foram alcançados os objetivos 3.1 e 3.4.

No domínio do vestuário não houve intervenção (direta ou de consultoria). No entanto e uma vez que se identificou na avaliação inicial como uma área problemática decidiu-se re- avaliar. Assim o D. demonstrou que está mais consciente da sequência inerente ao despir a roupa. Apesar desta mudança positiva continuou a evidenciar dificuldades práticas para realizar a atividade, continuando a não conseguir coordenar o movimento para tirar os braços das mangas da camisola e a não despir as calças.

Como avaliação geral do comportamento do D. registou-se que está mais calmo, sendo menos frequentes os episódios de auto agressão e tentativa de fuga (ocorre agora, em média, 1 vez por aula). Consegue auto regular-se de forma mais eficaz, o que lhe

permite manter a atenção durante períodos temporais ligeiramente superiores (5 a 8 segundos). A tolerância ao ruído está significativamente maior conseguindo agora manter a sua estabilidade comportamental perante momentos de maior ruído.

Apesar da evolução de carácter nitidamente positivo, considera-se que o D. não reúne as condições para integrar uma classe de aprendizagem de natação regular, devido ao:

- curto período de atenção,
- dificuldade em cumprir ordens,
- necessidade de modelagem e reforço tátil muito frequente,
- dificuldades ao nível de mobilidade funcional, agora mais evidentes no espaço inicial das instalações da piscina,
- alterações práxica com reflexo ao nível do vestuário,
- dificuldade práxicas que interferem com a execução das técnicas aquáticas.

Face ao exposto concluiu-se que não foram atingidos todos os objetivos inicialmente traçados (possibilidade prevista pelos autores do ECPP) . Atendendo a esse fato e também porque não estão reunidas as condições para o D. transitar para uma classe regular foi acordado com a família que a criança continuaria no ano letivo de 2013 - 2014 a abordagem individual em contexto de atividades aquáticas adaptadas, motivo pelo qual se segue, de novo, o ponto 4 (concordar acerca dos objetivos e planear).

No ponto de ação anteriormente descrito foram utilizadas as competências de capacitação colaborar (obtendo a resposta e desempenho mais característicos do cliente) coordenar (informação já recolhida acerca da finalidade da pratica aquática identificada pela família com os dados da avaliação), desenhar/construir (condições de avaliação que permitam o D. sentir-se seguro e demonstrar as suas capacidades e dificuldades) e envolver (o D. em toda a avaliação respeitando o seu *Inner Drive*).

3.2.4.2 - 2º ANO LETIVO: 2013 - 2014

Concordar acerca dos objetivos e planear

A definição dos objetivos, conjuntamente com a mãe, bem como a planificação da intervenção teve em consideração a previsão de realização de 42 sessões ao longo do ano

letivo. Estas sessões terão a duração de 30 minutos e prevê-se que ocorram 1 vez por semana, às 17.00. Pensa-se que este horário venha a ser ligeiramente mais favorável para o D. atendendo a que provavelmente não haverá tanto ruído.

OG nº 1: O D. deverá permanecer no meio aquático com maiores níveis de segurança

OE nº 1.1 O D. deverá ser capaz de, após 3 meses de intervenção, realizar expiração bucal quando faz imersão da cabeça no plano horizontal;

OE nº 1.2 O D. deverá ser capaz de, após 3 meses de intervenção, chegar até à berma de forma autónoma, caso caia dentro da piscina numa zona de profundidade;

OE nº 1.3 O D. deverá ser capaz de, após 6 meses de intervenção, realizar expiração bucal quando faz imersão da cabeça no plano vertical;

OE nº 1.4 O D. deverá ser capaz de, após 6 meses de intervenção, realizar expiração bucal quando faz imersão de todo o corpo no plano horizontal;

OE nº 1.5 O D. deverá ser capaz de, após 9 meses de intervenção, realizar expiração nasal quando faz imersão da cabeça no plano horizontal.

OG2: O D. deverá ter uma participação mais autónoma no meio aquático

OE nº 2.1 O D. deverá conseguir, após 3 meses de intervenção, realizar com supervisão da terapeuta o deslocamento desde a posição de pé até à posição de decúbito dorsal, regressando depois à posição inicial;

OE nº 2.2 O D. deverá conseguir, após 6 meses de intervenção, realizar de forma autónoma o deslocamento desde a posição de pé até à posição de decúbito dorsal, permanecer em flutuação dorsal durante 10 segundos e regressar depois à posição inicial;

OE nº 2.3 O D. deverá conseguir, após 9 meses de intervenção e com supervisão da terapeuta, assumir a posição de decúbito dorsal e com o apoio de rolo flutuador realizar 3 metros de deslocamento com batimento de pernas rudimentar;

OE nº 2.4 O D. deverá conseguir, após 9 meses de intervenção, realizar agarrado à berma e com apoio da terapeuta, batimento de pernas rudimentar em decúbito ventral.

OG nº 3: O D. deverá ser o mais autónomo possível na mobilidade funcional nas instalações da piscina

OE nº 3.1 – O D. deverá conseguir, no final de 6 meses de intervenção, identificar e realizar com supervisão da mãe, o caminho da entrada das instalações até ao balneário;

OE nº 3.2 – O D. deverá conseguir, no final de 9 meses, identificar e realizar, com supervisão da mãe, o caminho desde a entrada das instalações até ao caís de piscina, não se perdendo e realizando as tarefas em cada um dos locais intermédios.

OG nº 4: O D. deverá ser mais autónomo no vestuário no contexto de atividades aquáticas adaptadas

OE nº 4.1 – O D. deverá conseguir, no final de 3 meses de intervenção, despir a roupa que trás da rua, permanecer com o calção da piscina, vestir o robe e calçar os chinelos;

OE nº 4.2 – O D. deverá conseguir, no final de 3 meses de intervenção e em caís de piscina, despir o seu robe e retirar os chinelos, preparando-se para a entrada na piscina;

OE nº 4.3 – O D. deverá conseguir, no final de 6 meses de intervenção e em caís de piscina e no final da sessão, vestir o seu robe e calçar os chinelos, preparando-se para regressar aos balneários.

As sessões decorrerão maioritariamente no interior tanque de aprendizagem. Quando pertinente e possível poderão realizar-se algumas atividades em conjunto com crianças que frequentam as aulas regulares. Foi com base nesta informação que se construiu o plano de intervenção, por referência aos objetivos definidos, tal como se apresenta na tabela nº 5.

Tabela nº 5 - Plano de intervenção para o ano letivo de 2013 - 2014

OE nº 1.1 O D. deverá ser capaz de, após 3 meses de intervenção, realizar expiração bucal quando faz imersão da cabeça no plano horizontal		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Envolver Treinar	Halliwick Adaptação Mental Integração sensorial Graduação do input Cognitivo – comportamental Tarefas graduadas	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina
OE nº 1.2 O D. deverá ser capaz de, após 3 meses de intervenção, chegar até à berma de forma autónoma, caso caia dentro da piscina numa zona de profundidade		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Treinar Envolver Educar	Halliwick Adaptação Mental Rotação combinada Empuxo / inversão mental Equilíbrio Movimento básico	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina
OE nº 1.3 O D. deverá ser capaz de, após 6 meses de intervenção, realizar expiração bucal quando faz imersão da cabeça no plano vertical		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Envolver Educar Treinar	Halliwick Adaptação Mental Empuxo / inversão mental Equilíbrio	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina
OE nº 1.4 O D. deverá ser capaz de, após 6 meses de intervenção, realizar expiração bucal quando faz imersão de todo o corpo no plano horizontal		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Envolver Treinar	Halliwick Adaptação Mental Empuxo / inversão mental Equilíbrio Integração sensorial Graduação do input	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina

Tabela nº 5 (Cont.) - Plano de intervenção para o ano letivo de 2013 - 2014

OE nº 1.5 O D. deverá ser capaz de, após 9 meses de intervenção, realizar expiração nasal quando faz imersão da cabeça no plano horizontal		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Envolver Treinar Educar	Halliwick Adaptação Mental Empuxo / inversão mental Equilíbrio Integração sensorial Graduação do input	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina
OE nº 2.1 O D. deverá conseguir, após 3 meses de intervenção, realizar com supervisão da terapeuta o deslocamento desde a posição de pé até à posição de decúbito dorsal, regressando depois à posição inicial.		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	RECURSOS
Treinar Envolver	Halliwick Adaptação mental Rotação transversal Cognitivo comportamental Modelagem Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina Materiais de piscina
OE nº 2.2 O D. deverá conseguir, após 6 meses de intervenção, realizar de forma autónoma o deslocamento desde a posição de pé até à posição de decúbito dorsal, permanecer em flutuação dorsal durante 10 segundos e regressar depois à posição inicial		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Treinar Envolver	Halliwick Adaptação mental Rotação transversal Cognitivo comportamental Modelagem Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina Materiais de piscina
OE nº 2.3 O D. deverá conseguir, após 9 meses de intervenção e com supervisão da terapeuta, assumir a posição de decúbito dorsal e com o apoio de rolo flutuador realizar 3 metros de deslocamento com batimento de pernas rudimentar		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Adaptar Treinar Envolver	Halliwick Adaptação mental Rotação transversal Cognitivo comportamental Modelagem Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina Materiais de piscina

Tabela nº 5 (Cont.) - Plano de intervenção para o ano letivo de 2013 - 2014

OE nº 2.4 O D. deverá conseguir, após 9 meses de intervenção, realizar agarrado à berma e com apoio da terapeuta, batimento de pernas rudimentar em decúbito ventral		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Adaptar Treinar Especializar Educar	Halliwick Adaptação mental Rotação transversal Cognitivo comportamental Tarefas graduadas Reforço Integração Sensorial Gradação do input	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina Materiais de piscina
OE nº 3.1 O D. deverá conseguir, no final de 6 meses de intervenção, identificar e realizar com supervisão da mãe, o caminho da entrada das instalações até ao balneário		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Consultar Coordenar Especializar Desenhar / construir	Cognitivo – Comportamental Resolução de problemas Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Mãe Terapeuta Ambientais Percurso interno nas instalações da piscina
OE nº 3.2 O D. deverá conseguir, no final de 9 meses, identificar e realizar, com supervisão da mãe, o caminho desde a entrada das instalações até ao cais de piscina, não se perdendo e realizando as tarefas em cada um dos locais intermédios		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Consultar Coordenar Especializar Desenhar / construir Educar	Cognitivo – Comportamental Resolução de problemas Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Mãe Terapeuta Ambientais Percurso interno nas instalações da piscina

Tabela nº 5 (Cont.) - Plano de intervenção para o ano letivo de 2013 - 2014

OE nº 4.1 O D. deverá conseguir, no final de 3 meses de intervenção, despir a roupa que trás da rua, permanecer com o calção da piscina, vestir o robe e calçar os chinelos		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	RECURSOS
Consultar Educar Desenhar / construir	Cognitivo – Comportamental Resolução de problemas Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Mãe Terapeuta Ambientais Balneário da piscina
OE nº 4.2 O D. deverá conseguir, no final de 3 meses de intervenção e em caís de piscina, despir o seu robe e retirar os chinelos, preparando-se para a entrada na piscina		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Consultar Educar Desenhar / construir	Cognitivo – Comportamental Resolução de problemas Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Mãe Terapeuta Ambientais Piscina
OE nº 4.3 O D. deverá conseguir, no final de 6 meses de intervenção e em caís de piscina e no final da sessão, vestir o seu robe e calçar os chinelos, preparando-se para regressar aos balneários		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Consultar Educar Desenhar / construir	Cognitivo – Comportamental Resolução de problemas Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Mãe Terapeuta Ambientais Piscina

Prevê-se que os objetivos 1 e 2 sejam implementados predominantemente através de jogos e desafios aquáticos, dinamizados maioritariamente em contexto individual (Apêndice F – Planificação da deslocação em dorsal), mas quando possível e necessários implementados em contexto de pequeno grupo com o D. integrado em aula regular de adaptação ao meio aquático. Por outro lado prevê-se que o objetivo nº 3 e nº4 sejam

trabalhados entre cliente e terapeuta e também entre o cliente e a sua mãe (que vai usufruir de consultoria terapêutica).

Neste ponto de ação como capacitação foram utilizadas as competências de consultar (conhecendo a informação e contributo do cliente e família para a planificação da intervenção), desenhar / construir (uma vez que foi realizada a planificação a intervenção) e envolver (o cliente na realização de atividades com vista a alcançar os objetivos).

Implementar o plano

O desenvolvimento da abordagem decorreu globalmente como planeado. O cliente manteve o seu perfil de assiduidade e pontualidade embora tenha estado doente (alterações alérgicas e respiratórias) durante várias semanas, motivo pelo qual das 42 sessões agendadas compareceu a 32. No entanto houve disponibilidade, por parte da família, para compensar algumas das sessões, motivo pelo qual na realidade se realizaram 38 sessões, o que perfaz uma taxa de assiduidade de 90%.

Neste ano letivo houve uma participação mais frequente da mãe, não só pela implementação das atividades que permitiram trabalhar o objetivo nº 3 e nº 4, mas também porque o cliente fez mais atividades aquáticas com a família no decorrer do ano letivo, criando assim oportunidades para a implementação de estratégias no seu dia-a-dia em família.

Foram utilizados ao longo da implementação do plano os quadros de referência inicialmente previstos e as competências de capacitação identificadas. Recorreu-se a uma vasta gama de atividades e jogos, destacando-se o deslocamento em decúbito dorsal, tal como na foto nº 2.

Foto nº2 – Atividade de deslocamento em dorsal



Monitorizar e modificar

No segundo trimestre do ano (janeiro a março de 2014) o D. demonstrou uma maior agitação nas aulas. A mãe confirmou que este é um comportamento transversal a todos os contextos de desempenho e para o qual não conseguiu identificar uma causa concreta. Nas sessões em que esta mudança foi mais evidente recorreu-se, por várias vezes, às estratégias do modelo cognitivo comportamental (reforço, modelagem e graduação de tarefas) e integração sensorial (graduação do input) promovendo uma maior auto regulação e favorecendo a adequação comportamental.

Com o aumento da autonomia e segurança dentro de água, associado ao quadro de maior agitação, por várias vezes o D. mostrou maior resistência a alguma das atividades propostas pela exigência que as mesmas implicavam. Nestas situações tentou-se seguir o *Inner drive* (modelo de integração sensorial) da criança e o reforço positivo e contextualizado (modelo cognitivo comportamental).

No decorrer das aulas e ao longo de todo o ano letivo continuou a manifestar interesse por observar o que as outras crianças estavam a fazer. Muitas vezes este comportamento foi utilizado para aumentar o envolvimento nas atividades que estavam a

ser implementadas. Ainda dentro deste comportamento de maior interesse promoveu-se a realização de algumas atividades no final da sessão em conjunto com as outras crianças (por exemplo jogo de bola, deslocamento com fantasmas, entrada de escorrega). O D. demonstrou motivação e colaboração nestas situações, embora tenha evidenciado dificuldade em cumprir as regras de interação em grupo, nomeadamente: aguardar pela sua vez, respeito pelo material das outras crianças e cumprimentos das normas sociais.

Com a evolução aquática de cariz positivo e devido às características comunicacionais do D. (principalmente ao nível verbal) tornou-se cada vez mais importante a terapeuta contextualizar as atividades desenvolvidas tentando ajustá-las aos interesses do D., para reforçar a sua motivação.

Neste ponto de ação foram utilizadas como competências de capacitação o consultar, através da procura e valorização da opinião da mãe sobre a intervenção, o envolvimento do D. em atividades e experiências novas e não planeadas e o advogar, principalmente junto dos profissionais da piscina, justificando a pertinência e importância do D. participar em algumas das atividades realizadas pelas outras crianças. Foram também mais utilizadas as competências de capacitação de consultar, envolver e educar com a mãe do D. tentando tornar mais efetiva a intervenção dirigida ao objetivos 3 e 4.

Avaliar os resultados

No final do ano letivo de 2013 / 2014 procedeu-se à avaliação do D. aferindo o impacto da intervenção no seu desempenho.

Para realizar a avaliação e à semelhança do ano letivo anterior, utilizou-se:

- a escala de caracterização do perfil aquático WOTA 1;
- a observação direta provocada relativamente ao comportamento aquático do D, à sua capacidade de se deslocar e ser autónomo nas instalações da piscina, bem como à participação ao nível do vestuário.

A aplicação da escala WOTA 1 revelou que o D. tem agora uma pontuação de 51 pontos em 52 possíveis. Este resultado confirma que o D. está adaptado ao meio aquático

dominando as competências aquáticas básicas ao nível da segurança e autonomia. Ao nível da observação direta provocada destacou-se que:

- ainda tem dificuldade em realizar a expiração nasal;
- o batimento de pernas em decúbito dorsal é realizado de forma muito rudimentar, com movimentos acessórios de flexão / extensão do joelho e reduzida ativação do pé;
- a deslocação em decúbito dorsal é realizada por curtos espaços 2/ 3 metros;
- apresenta baixa tolerância ao movimento, desistindo da deslocação rapidamente;
- quando está a realizar deslocamento em dorsal, já respeita os princípios de deslocação dentro da piscina, circulando pelo seu lado direito;
- em decúbito ventral consegue realizar respiração agarrado à berma, embora repita o ciclo apenas 2 a 3 vezes, desistindo depois;
- entra na piscina pela berma e utiliza o escorrega, aceitando fazê-lo tanto na posição de sentado como através da decúbito ventral.

Assim no que se refere aos objetivos nº 1 e nº2 constata-se que não foi alcançada a expiração nasal (OE nº 2.5). Em troca de informação com o colega Professor de Natação percebeu-se que este comportamento não é grave ou impeditivo de integrar uma classe regular, havendo várias crianças da mesma idade e com desenvolvimento típico que não o fazem. Para além disso é uma competência necessária apenas para os níveis mais avançados de natação.

No que se refere à mobilidade funcional foi possível avaliar através de observação direta uma deslocação desde a entrada das instalações até ao cais de piscina. Constatou-se que o D. conhece a sequência dos procedimentos e percurso a realizar não necessitando de ajuda para o fazer. Foi confirmado pela mãe que o desempenho observado corresponde ao habitual no D. Segundo o que foi transmitido pela mãe apenas quando é interrompido ou se surge uma situação inesperada o D. precisa da sua ajuda. Face a este desempenho considerou-se alcançado o objetivo nº 3.

Relativamente ao vestuário o D. apresenta uma maior autonomia no final do ano letivo. Nos balneários consegue já descalçar os ténis e despir a sua roupa. Também no cais de piscina retira o robe e os chinelos. Necessita, tanto no balneário como no cais de piscina,

de ajuda para vestir o robe e calçar os chinelos, motivo pelo qual não foi alcançado o objetivo específico nº 4.3.

No que se refere ao comportamento geral, no final do ano letivo, o D. apresenta uma maior estabilidade e interesse crescente nas outras crianças e atividades. Conhece o seu espaço na piscina e os adultos de referência respondendo adequadamente ao cumprimento que lhe é dirigido através do comportamento não-verbal. Com as outras crianças demonstra ainda muito pouco disponibilidade para a interação, embora aceite que elas se aproximem de si. Demonstra prazer ao participar em atividades aquáticas de grupo embora ainda tenha muita dificuldade em aguardar pela sua vez. Apresenta menor alteração de comportamento perante estímulos sensoriais diferentes (som, tátil, etc) face ao ano letivo anterior e os comportamentos de auto – agressão são muito raros.

Demonstra alguma capacidade para cumprir ordens simples, nomeadamente para identificar e alcançar o material necessário para a atividade. Tem um tempo atencional ligeiramente superior, mas continua a beneficiar com uma instrução individualizada com recurso à técnica de modelagem.

Face aos dados desta avaliação em que existem ainda objetivos terapêuticos por alcançar e após debater os dados com a mãe, considerou-se precoce iniciar o próximo ano letivo com a integração em aula regular. Assim optou-se por continuar o apoio terapêutico em contexto individual durante os primeiros 6 meses do próximo ano letivo e em março de 2015 ponderar a integração em aula regular de adaptação ao meio aquático em contexto de grupo. Por esse motivo o processo irá reiniciar-se a partir do ponto de ação “concordar acerca dos objetivos e planear”.

Neste ponto de ação o foram utilizadas as competências de capacitação colaborar (com vista a conhecer a resposta e desempenho mais característicos do cliente) coordenar (informação já recolhida com os dados da atual re avaliação), desenhar/construir (condições de avaliação que permitam o D. sentir-se seguro e demonstrar as suas capacidades e dificuldades) e envolver (o D. em toda a avaliação respeitando o seu *inner drive*).

3.2.4.3 - 3º ANO LETIVO: 2014 - 2015

Concordar acerca dos objetivos e planejar

No início do ano letivo de 2014/2015 (setembro 2014) procedeu-se à negociação com a mãe de novos objetivos de intervenção. A definição dos objetivos e plano de intervenção teve em consideração os dados da re - avaliação realizada em julho de 2014 e contou com a previsão de realização de 28 sessões de intervenção em contexto individual. Após a realização das aulas individuais prevê-se que o D. integre as aulas de grupo em classe regular de adaptação ao meio aquático, ficando o apoio da terapia ocupacional em contexto aquático como recurso a ativar caso necessário.

Tanto as sessões individuais como as aulas de grupo estão previstas para o horário em que o D. habitualmente se desloca à piscina (5ª feira; 17.00 Horas).

OG nº 1: O D. deverá ter uma participação mais eficaz ao nível da sua adaptação ao meio aquático

OE nº 1.1 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 3 meses, realizar deslocamento em decúbito dorsal com apoio de flutuador, realizando batimento de pernas de forma propulsiva e atingindo o final da pista podendo parar apenas uma vez até lá;

OE nº 1.2 O D. deverá conseguir, após 3 meses de intervenção realizar agarrado à berma, batimento de pernas rudimentar em decúbito ventral de forma associada com expiração bucal;

OE nº 1.3 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 6 meses, realizar deslocamento em decúbito dorsal com apoio de flutuador, realizando batimento de pernas de forma propulsiva e atingindo o final da pista sem parar;

OE nº 1.4 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 6 meses, realizar deslocamento de 3 metros, em decúbito ventral e com recurso a prancha flutuadora, conjugando o batimento de pernas rudimentar com a expiração bucal;

OE nº 1.5 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 6 meses, entrar na piscina pela berma, através de mergulho a partir da posição de joelhos.

OG nº 2: O D. deverá ter uma interação social mais ajustada nas atividades aquáticas

OE nº 2.1 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 3 meses, cumprimentar o nadador salvador, através da saudação "boa tarde", antes de entrar na piscina;

OE nº 2.2 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 3 meses, entrar na piscina passando pelo espaço de outras aulas e realizando o cumprimento social ao professor e crianças que se encontram no espaço;

OE nº 2.3 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 6 meses e no final da sua sessão, despedir-se das crianças que realizam a outra aula;

OE nº 2.4 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 6 meses, estabelecer o contato visual em pelo menos 1/3 das interações que estabelece com as outras crianças que frequentam a piscina no mesmo horário;

OG 3: O D. deverá ser o mais autónomo possível no vestuário no contexto de atividades aquáticas adaptadas

OE 3.1 – O D. deverá conseguir, no final de 3 meses de intervenção e em caís de piscina e no final da sessão, vestir o seu robe e calçar os chinelos, preparando-se para regressar aos balneários;

OE 3.2 – O D. deverá conseguir, no final de 6 meses de intervenção e em contexto de balneário vestir a sua roupa para sair e calçar os seus ténis.

Na tabela nº 6 é apresentada a planificação da intervenção ao longo dos próximos 6 meses, tendo por base as competências de capacitação, os quadros de referência e os recursos necessários.

Tabela nº 6 - Plano de intervenção para o ano letivo de 2014 - 2015

OE nº 1.1 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 3 meses, realizar deslocamento em decúbito dorsal com apoio de flutuador, realizando batimento de pernas de forma propulsiva e atingindo o final da pista podendo parar apenas uma vez até lá.		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	RECURSOS
Treinar Envolver Especializar	Halliwick Adaptação mental Rotação transversal Cognitivo comportamental Modelagem Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina Materiais de piscina
OE nº 1.2 O D. deverá conseguir, após 3 meses de intervenção realizar agarrado à berma, batimento de pernas rudimentar em decúbito ventral de forma associada com expiração bocal.		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	RECURSOS
Adaptar Treinar Especializar Educar	Halliwick Adaptação mental Rotação transversal Cognitivo comportamental Tarefas graduadas Reforço Integração Sensorial Graduação do input	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina Materiais de piscina

Tabela nº 6 (Cont.) - Plano de intervenção para o ano letivo de 2014 - 2015

OE nº 1.3 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 6 meses, realizar deslocamento em decúbito dorsal com apoio de flutuador, realizando batimento de pernas de forma propulsiva e atingindo o final da pista sem parar		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Treinar Envolver	Halliwick Adaptação mental Rotação transversal Cognitivo comportamental Modelagem Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina Materiais de piscina
OE nº 1.4 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 6 meses, realizar deslocamento de 3 metros, em decúbito ventral e com recurso a prancha flutuadora, conjugando o batimento de pernas rudimentar com a expiração bucal		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Adaptar Treinar Envolver	Halliwick Adaptação mental Rotação transversal Cognitivo comportamental Modelagem Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Piscina Materiais de piscina
OE nº 1.5 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 6 meses, entrar na piscina pela berma, através de mergulho a partir da posição de joelhos		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Adaptar Treinar Especializar Educar	Halliwick Adaptação mental Rotação combinada Empuxo / inversão mental Cognitivo comportamental Modelagem Tarefas graduadas Reforço Integração Sensorial Gradação do input Inner drive	Humanos Cliente Terapeuta Nadador salvador Crianças da aula regular Professor da aula regular Ambientais Piscina Materiais de piscina

Tabela nº 6 (Cont.) - Plano de intervenção para o ano letivo de 2014 - 2015

OE nº 2.1 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 3 meses, cumprimentar o nadador salvador, através da saudação “boa tarde”, antes de entrar na piscina;		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
OE nº 2.2 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 3 meses, entrar na piscina passando pelo espaço de outras aulas e realizando o cumprimento social ao professor e crianças que se encontram no espaço;		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Educar Treinar Especializar	Cognitivo – comportamental Modelagem Tarefas graduadas	Humanos Cliente Terapeuta Crianças aula regular Professor da aula regular Ambientais Piscina Materiais de piscina
OE nº 2.3 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 6 meses e no final da sua sessão, despedir-se das crianças que realizam a outra aula		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Educar Treinar Especializar	Cognitivo – comportamental Modelagem Tarefas graduadas	Humanos Cliente Terapeuta Crianças aula regular Professor da aula regular Ambientais Piscina
OE nº 2.4 O D. deverá ser capaz de, ao fim de 6 meses, estabelecer o contato visual em pelo menos 1/3 das interações que estabelece com as outras crianças que frequentam a piscina no mesmo horário		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Especializar	Cognitivo – comportamental Modelagem Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Terapeuta Crianças aula regular Ambientais Piscina Materiais de piscina

Tabela nº 6 (Cont.) - Plano de intervenção para o ano letivo de 2014 - 2015

OE 3.1 – O D. deverá conseguir, no final de 3 meses de intervenção e em caís de piscina e no final da sessão, vestir o seu robe e calçar os chinelos, preparando-se para regressar aos balneários		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Especializar Educar	Cognitivo – Comportamental Resolução de problemas Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Terapeuta Ambientais Cais de piscina
OE 3.2 – O D. deverá conseguir, no final de 6 meses de intervenção e em contexto de balneário vestir a sua roupa para sair e calçar os seus ténis		
COMPETÊNCIAS DE CAPACITAÇÃO	QUADROS DE REFERÊNCIA	CONTEXTO E RECURSOS
Consultar Coordenar Especializar Educar	Cognitivo – Comportamental Resolução de problemas Tarefas graduadas Reforço	Humanos Cliente Mãe Terapeuta Ambientais Balneário

Para cumprir os objetivos delineados prevê-se a realização de atividades individuais (por exemplo “salvar a estrela do tsunami”, “apagar o fogo na piscina”) ou jogos em grupo (por exemplo “vamos mergulhar no arco” ou “escorrega a escorregar!”)

Neste ponto de ação como capacitação foram utilizadas as competências de consultar (conhecendo a informação e contributo do cliente, da família e do professor da aula regular para a planificação da intervenção), desenhar / construir (uma vez que foi realizada a planificação a intervenção) e envolver (o cliente na realização de atividades com vista a alcançar os objetivos).

Implementar o plano

O desenvolvimento da abordagem decorreu globalmente como planeado. Nos primeiros seis meses do ano letivo de 2014 / 2015 o D. teve uma assiduidade elevada (das 28 sessões previstas realizou 26). O cliente manteve o seu perfil de assiduidade e pontualidade o que contribuiu para a continuidade e eficácia do trabalho desenvolvido.

Houve uma tónica importante no trabalho ao nível do deslocamento em dorsal e em ventral, tal como se visualiza na foto nº3

Foto nº 3: Deslocamento em ventral



Tal como previsto ocorreu uma participação crescente de outros elementos para a implementação do plano (nadador salvador, crianças da aula regular e professor de natação). Este último teve não só um papel importante nas atividades conjuntas que o D. realizou mas também no feedback dado à terapeuta e relativo ao aperfeiçoamento das técnicas de natação.

Foram utilizados ao longo da implementação do plano os quadros de referência inicialmente previstos e as competências de capacitação já identificadas.

Monitorizar e modificar

O D. continuou interessado nas atividades aquáticas e muito disponível para observar as outras crianças, o que contribuiu significativamente para a evolução registada. Esteve também mais disponível para aceitar a interação com outros adultos de referência (nadador salvador e professor) o que facilitou a sua participação em atividades de grupo.

Apesar de não ter sido inicialmente planificado considerou-se importante trabalhar alguns itens relacionados com a possível integração em aula regular,

nomeadamente o tempo de espera pela sua vez/ instrução e maior exigência ao nível do desempenho prático dos vários movimentos aquáticos. Esta modificação ao plano surgiu em consequência do feedback do professor de natação e foi integrada tendo em conta a sua pertinência.

Relativamente à intervenção no domínio do vestuário foi necessário disponibilizar mais tempo ao longo deste ano letivo para esta área, atendendo ao perfil e evolução do D.

Neste ponto de ação foram utilizadas como competências de capacitação o consultar, através da procura e valorização da opinião de outros profissionais e da mãe sobre a intervenção, o envolvimento do D. em atividades e experiências de grupo e o advogar, principalmente junto dos profissionais da piscina, justificando a importância do D. participar em algumas das atividades realizadas com as outras crianças.

Avaliar os resultados

No final do primeiro semestre do ano letivo de 2014 / 2015 (março de 2015) procedeu-se à avaliação do D. através de observação direta provocada, aferindo o impacto da intervenção no seu desempenho. Não foi aplicada a escala WOTA 1, contrariamente ao que havia acontecido nos anteriores anos letivos, uma vez que na última avaliação o D. já havia atingido a pontuação máxima, motivo pelo qual a probabilidade de se verificar o “efeito teto” do instrumento era muito elevada.

Assim e para sistematizar os dados resultantes da observação apresenta-se a tabela nº 7, em que consta os dados principais ao nível da atividade aquática, da interação com os pares e do vestuário.

Tabela nº 7: Sistematização dos resultados obtidos (março de 2015)

ATIVIDADE AQUÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> Realiza deslocamento em decúbito dorsal ao longo de toda a pista, com batimento de pernas (ligeira retro pedalagem e afundamento da bacia), com e sem recurso a flutuador; Realiza pequenos percursos (2 a 3 metros) em decúbito ventral com batimento de pernas e expiração, com o auxílio de prancha flutuadora; Realiza imersão em todos os planos (com e sem impulsão) realizando expiração bucal; Faz saltos da berma, realizando o impulso a partir da posição de joelhos e da posição de pé; Consegue aguardar 10 a 15 segundos pela sua vez para iniciar a atividade. Não é comum auto agredir-se quando fica mais ansioso tendo este comportamento sido substituído pelo <i>flapping</i>; Gosta de estar na piscina e utiliza os períodos sem instrução para mergulhar, deslizar ou brincar com a água;
INTERAÇÃO COM OS PARES	<ul style="list-style-type: none"> Tolera a aproximação das outras crianças; No cais é capaz de aguardar pela sua vez sentado ao lado das outras crianças; Tem dificuldade em interagir para a resolução de problemas (troca de chinelos ou robe) assumindo uma postura predominantemente passiva e em que por vezes parece não perceber o que se está a passar; Assume uma postura predominantemente passiva face à aproximação das crianças Interage com as crianças olhando para elas (cerca de 1/2 das situações), através de afastamento (quando está muito desagradado com a situação, cerca de 1/4 das vezes) ou não demonstra qualquer reação, permanecendo no mesmo local mas não olhando (1/4 das situações)
VESTUÁRIO O (NO ÂMBITO DA ATIVIDADE AQUÁTICA)	<ul style="list-style-type: none"> Reconhece a sua roupa e equipamento; Despe com eficácia e velocidade a roupa (no balneário) e o robe / chinelos (no cais); Veste o equipamento (robe e chinelos) em cais de piscina, embora necessite de mais tempo e não dê o nó na fita do robe.

Tendo em conta o objetivo da criança ser integrada numa classe regular foi solicitada a habitual avaliação do professor de natação para verificar se o D. tinha, ou não, capacidade para integrar uma turma regular e se sim determinar o nível mais indicado para o fazer. A criança foi avaliada, no dia 26.03.2015, tendo-lhe sido atribuído o nível AMA 2 A, menos de 12 anos.

Neste ponto de ação o foram utilizadas as competências de capacitação colaborar (com vista a conhecer a resposta e desempenho mais característicos do cliente) coordenar (informação recolhida junto dos vários elementos, mãe e professor e também com a informação já recolhida com os dados da atual re avaliação), desenhar/construir (condições de avaliação que permitam o D. sentir-se seguro e demonstrar as suas

capacidades e dificuldades) e envolver (O D. em toda a avaliação potenciando os eu melhor desempenho).

Concluir / fechar

Neste ponto de ação foram apresentados os resultados à mãe da criança e proposta a transição para classe regular. Foi também apresentada a informação a direção técnica da piscina, solicitando a disponibilização de vaga para que a criança possa ser integrada em turma com o seu nível de funcionamento aquático.

Após ser atribuído o horário à criança e se saber o professor que estava responsável pela turma foi partilhada a informação mais pertinente com o colega, indicando estratégias para a resolução de situações mais comuns no D. Foi também combinado que a Terapeuta estaria presente nas três primeiras aulas na classe regular, mediando assim a transição para esta abordagem mais exigente para o D.

Os dados da avaliação foram registados, à semelhança do que aconteceu nos passos anteriores, no programa informático interno existente para o efeito.

Salienta-se que após três anos letivos de intervenção foi atingido o principal objetivo da mãe, segurança e autonomia do D, com integração em aula regular, para aprendizagem da natação. Destaca-se ainda que esta intervenção possibilitou uma participação ocupacional mais equilibrada e permitiu incluir uma nova atividade (natação) no lazer.

4. CONCLUSÃO

4. CONCLUSÃO

A realização desta intervenção terapêutica foi extremamente gratificante sob o ponto de vista profissional pois permitiu acompanhar todo o processo de adaptação ao meio aquático de uma criança com PEA. Ao longo dos três anos letivos, em conjunto com a criança e sua mãe, foram trabalhadas várias áreas da ocupação e componentes de desempenho o que, na perspectiva do autor do presente trabalho, contribuiu decisivamente para a integração do D. numa classe regular de aprendizagem da natação. O contexto ambiental em que a intervenção decorreu foi um fator facilitador não só pelas características do espaço mas essencialmente pela disponibilidade dos profissionais da área da natação para integrarem crianças com alterações do desenvolvimento nas aulas regulares desde que com o suporte de consultoria da terapia ocupacional. Na realidade no presente estudo de caso considera-se que a atuação em equipa (criança, mãe, terapeuta e professor) foi uma mais valia inquestionável que muito contribuiu para o sucesso da abordagem.

Na perspetiva conceptual foi também muito interessante associar os quadros de referência habitualmente utilizadas pelos terapeutas ocupacionais às teorias da atividade aquática adaptada e ao halliwick que apesar da sua crescente popularidade ainda não é totalmente consensual na prática da terapia ocupacional.

Apesar dos vários ganhos já identificados com a realização deste estudo de caso existem aspetos que deverão ser revistos em situações futuras, nomeadamente os instrumentos de avaliação utilizados ao nível do desempenho nos autocuidados, em que eventualmente se poderia ter utilizado um instrumento como o inventário pediátrico de avaliação de incapacidade. Também ao nível da adaptação ao meio aquático poderiam ter sido utilizados os critérios definidos pelos profissionais da área da natação ou ter sido utilizado um instrumento de avaliação aquática com maior progressão. No entanto estamos também conscientes de que várias das limitações identificadas estão relacionadas, em parte, com a dinâmica da intervenção em que existem apenas 30 minutos dirigidos à intervenção direta, sem que haja espaço e tempo dirigido para a intervenção indireta e/ou em outros contextos. Assim considera-se que apesar da intervenção em contexto de piscina municipal ser uma mais-valia permitindo com maior facilidade a integração das crianças em contexto regular também tem limitações pela escassez de

tempo disponibilizado à intervenção em distintas áreas do desempenho ocupacional da criança. Atendendo a que esta estrutura é de cariz público perspectiva-se que a incorporação desta possibilidade no plano de cuidados poderia constituir uma melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Apesar das limitações anteriormente descritas, considera-se que a intervenção foi extremamente positiva e contribuiu para a participação da criança acompanhada.

O fato do presente trabalho de natureza profissional estar organizado em formato de estudo de caso constituiu, na opinião da candidata, uma mais-valia na medida em que permitiu explorar um número de variáveis elevado num quadro de disfunção e contexto de intervenção até agora pouco explorado. Este trabalho pretende também contribuir para justificar a pertinência da intervenção da terapia ocupacional no contexto de atividades aquáticas adaptadas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Occupational Therapy Association (2011). Occupational Therapy's role with autism. Obtido em <https://www.aota.org/-/media/corporate/files/aboutot/professionals/whatisot/cy/fact-sheets/autism%20fact%20sheet.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5ª Edição). Lisboa: Climepsi.
- Ayres, J. (1983). *Sensory integration and learning disorders*. 8th edition. USA: Western psychological services.
- Ayres, J. (1998). *Sensory integration and the child*. 13th edition. USA: Western psychological services. USA.
- Becker, B. & Cole, A. (2010). *Comprehensive aquatic therapy*. 3rd edition. USA.
- Becker, B. (2009). Aquatic therapy: scientific foundations and clinical rehabilitation applications. *American academy of physical medicine and rehabilitation*. 1, 859-872. doi: 10.1016/j.pmrj.2009.05.017
- Blanche, E. (2002). *Observations based on sensory integration theory*. USA: WPS publish.

- Bruce, M. & Borg B. (2002). *Psychosocial frames of reference – core for occupation based practice*. 3rd edition. Colorado: Slack Incorporated.
- Bundy, A.; Lane, S. & Murray E. (2001). *Sensory integration – theory and practice*. 2nd edition. USA: Davis Company Philadelphia.
- Canadian Association of Occupational Therapists (2002). *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Canada.
- Creapeau, E.; Cohn, E. & Schell, B. (2011). Willard & Spackman: Terapia Ocupacional. São Paulo: Guanabara.
- DeGangi, G. & Berk, R. (1989). *DeGangi-Berk Test of Sensory Integration TM (TSI TM)*. USA: WPS Publish.
- DeGangi, G. & Greenspan, S. (1989). *Test of Sensory Function in Infants*. Integration. USA.: WPS Publish.
- Dubois, M. (2011). *Aquatic Therapy for Children with an Autism Spectrum Disorder: Occupational Therapists' Perspectives*. (Master Thesis University of Puget Sound). Obtido em: http://soundideas.pugetsound.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1021&context=ms_occ_therapy
- Dunn, W. (1999). *Sensory profile - user's manual*. USA: The psychological corporations.
- Fisher, M.; Kratz, A.; Jimenez, B.; Watson, C.; Spence, C.; Sanford, T. Scolaro, M (2001). Aquatic therapy: an occupational perspective. OT practice online. Obtido em: <http://www.aota.org/Pubs/OTP/Features/2001/f-020501.aspx>

Grant, P.; Young, P. & De Rubeis R. (2005). Cognitive and behavioral therapies. In Gabbard, G., Beck, J. & Holmes J. *Oxford textbook of Psychotherapy*. USA.

Hulls, D.; Walker, L. & Powell J. (2006). Clinician's perceptions of the benefits of aquatic therapy for young children with autism: a preliminary study. *Physical & occupational Therapy in pediatrics*. 26 (1/2). 13-22.

Kendal, P. (2000). *Child & adolescent therapy cognitive behavioral procedures*. 2nd edition. New York: Guilford.

Kokaridas, D. & Lambeck, J. (2015). The Halliwick concept: toward a collaborative aquatic approach. *Sport & Physical education*. 13 (2) 65-76.

Kuhaneck, M.; Watling R. & Watling R. (2010). *Autism – A comprehensive occupational therapy approach*. 3rd edition. USA: AOTA Press.

Lambeck, J. & Gamper, U. (2010). The Halliwick concept. In Becker, B. & Cole, A. *Comprehensive aquatic therapy*. (pp. 77-107). 3rd edition. USA.

Leopore, M.; Gayle, W. & Stevens S. (2007). *Adapted aquatics programming: a professional guide*. 2nd edition. USA: Human Kinetics.

May – Benson, T. & Koomar, J. (2010). Systematic review of the research evidence examining the effectiveness of interventions using a sensory integrative approach for children. *American journal occupational therapy*. 64(3) 403 – 414.

- Miller – Kuhaneck, H. (2015). Autism Spectrum Disorder in Occupational Therapy for children and adolescents In Case Simth J. & O'Brien J (Eds.), *Occupational Therapy for children and adolescents*. 17th edition. (pp. 766 – 792).Canada: Elsevier.
- Moreno, A; Estrade, M.; Rosa, A.; Sánchez, L.; Vicente, G. & Zomeno, T. (2000). Juegos acuáticos educativos. Obtido em <http://www.um.es/univefd/jae.pdf>
- Mulligan, S. (2003). *Occupational therapy evaluation for children*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nithianantharah & Hannan (2006). Enriched environments, experience-dependent plasticity and disorders of the nervous system. *Nature Reviews Neuroscience* .7, 697-709. doi:10.1038/nrn1970
- Norton, C. & Jamison, L (2010). The Lyton model: an interdisciplinary model of care. In Becker, B. & Cole, A. (2010). *Comprehensive aquatic therapy*. 3rd edition. USA
- Pan, C. (2010). Effects of water exercise swimming program on aquatic skills and social behaviors in children with autism spectrum disorders. *Autism: the international journal of research and practice*. 9-28.. doi: 10.1177/1362361309339496
- Rodriguez, J., Fraile, M. & Fernandez de las Penas C. (2015). *Terapia acuática – abordajes desde la fisioterapia Y la terapia ocupacional*. Barcelona: Elsevier.
- Serrano, P. (2016). A integração sensorial no desenvolvimento e aprendizagem da criança. Lisboa: Papa – letras.

- Tiresh, R. (2008). Halliwick-Based Aquatic Assessments: Reliability and Validity. *International Journal of Aquatic Research and Education*, 2, 224-236
- Townsend, E. & Polatajko H. (2007). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well – being & justice through occupation*. Canada: CAOT Publications.
- Turpin, M & Iwana, M (2011). *Using occupational therapy models in practice*. London: Elsevier.
- Watling, R. (2010). Behavioral and educational approaches for teaching skills to children with an autism spectrum disorder. In Kuhaneck, M.; Watling, R. *Autism – a comprehensive occupational therapy approach*. 3rd edition. USA. AOTA Press.
- Crepeau, E., Cohn, E., & Schell, B. (2011). *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional* (11^a Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Wood, J.; Drahota, A.; Sze, K., Har, K.; Chiu, A. & Langer, D. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Journal Child Psychology Psychiatry*. 50(3). 224-234. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01948.x
- Yagow, S. (2006). Aquatic therapy: an innovative approach to practice with older adults. *The American Occupational Therapy Association*. 29 (4), 1-4.
- Yilmaz, I.; Konukman, F.; Birkan, B.; Yanardag, A; Camursoy, I. (2010). Effects of constant time delay procedure on the Halliwick's method of swimming rotation skills for children with autism. *Education and training in autism and developmental disabilities*. 45 (1), 124-135

APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO PARA APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

Eu, CLAUDIA TANABE JELOS DA SILVA, cidadã com o cartão nº 08142641, mãe de DAVID MIGUEL DA SILVA CHAVEIRO, acompanhado pela Terapeuta Ocupacional Ana Isabel Xavier Ferreira na Piscina Municipal de Odivelas, venho pelo presente declarar que tomei conhecimento de que o acompanhamento realizado ao meu filho será alvo de registo em formato de um estudo de caso.

Mais informo que foi informada e autorizo que este estudo de caso constituía o trabalho de natureza profissional a apresentar pela terapeuta no seu processo de candidatura ao título de especialista.

Odivelas, 24 de julho de 2016

Cláudia Tanabe

APÊNDICE B – GUIA DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista Semiestruturada

- Qual o objetivo ao procurarem a intervenção em terapia aquática?
- Qual a condição de saúde que interfere com o desempenho do D?
- Onde e por quem é acompanhado a nível médico, terapêutico e educativo?
- Qual (ais) as principais preocupações dos pais?
- Qual(ais) as principal(ais) dificuldade(s) ocupacionais?
- Como é a rotina da criança? E da família?
- Como é o comportamento habitual da criança?
- Em que idade começaram a notar diferenças no desenvolvimento da criança?
O que fizeram?
- Tratou-se de uma gravidez planeada, ou não? E quais foram os indicadores de vitalidade e desenvolvimento (PN? PC? IAPGAR?) ao nascimento?
- Alguma informação importante que eu não tenha perguntado e que seja importante saber?

APÊNDICE C – PLANIFICAÇÃO DO JOGO “PESCA DOS AMIGOS DO MAR”

Apêndice C

Jogo: Pesca dos amigos do mar

NOME E BREVE DESCRIÇÃO

Pesca dos amigos do mar

O jogo consiste em apanhar 8 animais do mar que estão dispostos à superfície da água ao longo da piscina para depois os colocar na berma sobre as pranchas existentes para o efeito. A criança só ganha se conseguir apanhar os 8 animais e colocar cada um deles sobre a respetiva prancha.

IDENTIFICAÇÃO DA SEQUÊNCIA DAS ACÇÕES E TEMPO DE DURAÇÃO:

1. Ouvir as instruções e demonstração do jogo (30 segundos);
2. Identificar visualmente a localização dos animais do mar (30 segundos);
3. Andar desde a berma até um animal do mar, podendo recorrer à ajuda dos membros superiores para se mover (45 segundos);
4. Apanhar o animal marinho (5 segundos);
5. Levar o animal do mar até a prancha localizada na berma (45 segundos);
6. Colocar o animal do mar em cima na prancha (5 segundos);
7. Repetir desde o ponto 2 aos ponto 6 até todos os animais estarem na prancha (15 minutos);
8. Ouvir o nome de cada um dos animais (25 segundos).

OBJETOS E SUAS PROPRIEDADES

- Espaço de piscina (cerca de 8 m de comprimento por 3 de largura; água a 30°C)
- 8 animais do mar (de material flutuante)
- 8 pranchas

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS:

Adequação da atividade à idade, perfil ocupacional e objetivos de intervenção com o D.

PRECAUÇÕES / CONTRAINDICAÇÕES

Verificar continuidade de pele.

Nota

A planificação do jogo teve como referência a primeira parte da proposta de modelo de análise de Hersch, Lamport & Coffey, 2005

APÊNDICE D – PLANIFICAÇÃO DO JOGO “DESCANSO AO LUAR”

Apêndice D

Jogo: Descanso ao luar

NOME E BREVE DESCRIÇÃO

Descanso ao luar

Neste jogo a terapeuta está na posição aquática de cavaleiro e com o tronco posterior apoiado na parede e dá suporte ao D. que fica de frente para a terapeuta, com os membros inferiores estabilizados e com apoio ao nível das omoplatas. A criança deverá deitar o tronco superior na água ficando com metade da cabeça imersa, para depois regressar à posição inicial.

IDENTIFICAÇÃO DA SEQUÊNCIA DAS AÇÕES E TEMPO DE DURAÇÃO

1. Assumir a posição inicial (terapeuta em posição aquática de cavaleiro com apoio da berma; criança com membros inferiores estabilizados e apoio ao nível das cristas ilíacas), 30 segundos;
2. Ouvir a instrução do jogo, 15 segundos;
3. Deslocar desde a posição inicial até à posição de cabeça na água, 5 segundos;
4. Ouvir a música cantada pela terapeuta, 10 segundos;
5. Regressar à posição inicial, 8 segundos;
6. Repetir 10 vezes do ponto 3 ao ponto 5, 4 minutos.
7. Concluir o jogo, 5 segundos.

OBJETOS E SUAS PROPRIEDADES

Piscina (água a 30° espaço de berma disponível, região da piscina mais calma, água sem turbulência)

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS:

Adequação da atividade à idade, perfil ocupacional e objetivos de intervenção com o D.

PRECAUÇÕES / CONTRAINDICAÇÕES:

Verificar continuidade de pele;

Assegurar que a piscina está com baixo nível de ruído;

Certificar que a criança ouve a música.

Nota

A planificação do jogo teve como referência a primeira parte da proposta de modelo de análise de Hersch, Lampert & Coffey, 2005

APÊNDICE E – PLANIFICAÇÃO DO JOGO “ ARVORE DE NATAL AQUÁTICA”

Apêndice E

Jogo: Árvore de natal aquática

NOME E BREVE DESCRIÇÃO

Árvore de Natal Aquática

Na aula antes do Natal, a terapeuta propõe a construção de uma árvore de Natal, tendo a criança de apanhar as várias peças disposta ao longo da piscina e coloca-las no tapete que servirá de base para a árvore. O jogo termina quando a árvore de natal estiver concluída.

IDENTIFICAÇÃO DA SEQUÊNCIA DAS AÇÕES E TEMPO DE DURAÇÃO

1. Ouvir as instruções acerca do jogo (20 segundos);
2. Deslocar-se até uma peça flutuante (30 segundos);
3. Agarrar na peça (5 segundos);
4. Levar a peça até ao colchão (30 segundos);
5. Organizar a sequenciação das peças (20 segundos);
6. Colar a peça (10 segundos);
7. Repetir desde o passo 2 ao passo 6 até estarem todas as peças no devido local e a árvore construída (15 minutos).

OBJETOS E SUAS PROPRIEDADES

Piscina (espaço com 8 metros de comprimento e 3 de largura, espaço de berma disponível, água a 30°C);

Colchão circular;

Pull boys;

Formas geométricas

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS:

Adequação da atividade à idade, perfil ocupacional e objetivos de intervenção com o D.

Associar a atividade à época do ano.

PRECAUÇÕES / CONTRAINDICAÇÕES:

Verificar continuidade de pele

Nota

A planificação do jogo teve como referência a primeira parte da proposta de modelo de análise de Hersch, Lamport & Coffey, 2005

APÊNDICE F – PLANIFICAÇÃO DA ATIVIDADE “DESLOCAMENTO EM DORSAL”

Apêndice F

Atividade: Deslocamento em dorsal

NOME E BREVE DESCRIÇÃO

Atividade: Deslocamento em dorsal

A criança desloca-se em decúbito dorsal, com apoio de rolo flutuador ao nível axilar e realizando batimento de pernas para gerar propulsão até atingir o final da pista.

IDENTIFICAÇÃO DA SEQUÊNCIA DAS AÇÕES E TEMPO DE DURAÇÃO

1. Receber a instrução através de escuta da mensagem e observação da exemplificação (30 segundos);
2. Colocar o rolo flutuador na zona axilar (10 segundos);
3. Fazer a transição da posição bípede para decúbito dorsal (5 segundos);
4. Realizar batimento de pernas até chegar ao final da pista (3 minutos).

OBJETOS E SUAS PROPRIEDADES

Piscina (espaço com 12 metros de comprimento e 3 de largura, água a 30°C);

Rolo flutuador

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS:

Adequação da atividade à idade, perfil ocupacional e objetivos de intervenção com o D.

PRECAUÇÕES / CONTRAINDICAÇÕES:

Verificar continuidade de pele

Assegurar que a criança tem eficaz controlo rotacional conseguindo regressar à posição supino, em situação de rotação para ventral.

Nota

A planificação do jogo teve como referência a primeira parte da proposta de modelo de análise de Hersch, Lamport & Coffey, 2005

ANEXO A – RELATÓRIOS DIAGNÓSTICO



Aos Pais de
DAVID MIGUEL GAIO
CHAVEIRO FIGUEIREDO
R. Laura Alves, n° 9 – 5° B.
2675-608 Odivelas

NOME: D

DATA NASCIMENTO: 13-01-04

ENVIADO POR: DRA. ANA RITA GONZALEZ

DATA DA CONSULTA: 09-02-07

REF: NLA/CAD 7135/05

CONSULTA DE NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

MOTIVO DE CONSULTA: ATRASO DE LINGUAGEM

O D é um rapaz de 3 anos de idade, e que vem a esta consulta por atraso de linguagem. Na verdade, não parece ter qualquer problema de audição, mas tem um vocabulário muito restrito, utilizando sons que lhe são próprios, ou seja, uma linguagem própria também conhecida por idiossincrática. Além disso, é uma criança que apresenta algumas outras características, nomeadamente algum evitamento ocular, não aponta, levando as pessoas aos objectos que pretende, tem uma forma particular de brincar com uma visão como que periférica para os objectos. Gosta de os alinhar como se fosse um comboio. Gosta também de rodar os objectos, nomeadamente as rodas dos automóveis. Por outro lado, parece ser atraído por outras crianças, mas prefere brincar ou estar com crianças mais velhas. Por vezes, quando ansioso apresenta movimentos estereotipados semelhantes a *flapping*.



Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil

ANTECEDENTES PESSOAIS

Gravidez de termo sem intercorrências. Baixo peso ao nascer por insuficiência placentária. O desenvolvimento motor tem sido normal.

HISTÓRIA FAMILIAR

Mãe de 38 anos, pai com a mesma idade, sem consanguinidade. O David tem uma irmã de 9 anos que é saudável, e com um temperamento bem distinto do dele. É possível que o pai tenha alguns traços de temperamento ténues mas que podem sugerir uma forma extremamente frustre de síndrome de Asperger, que entretanto recuperou e permite uma integração profissional, social e familiar inteiramente normal.

HISTÓRIA SOCIAL

A mãe não exerce profissão, o pai é funcionário superior da AGFA.

OBSERVAÇÃO

O David não tem qualquer evidência de défice neurológico focal.

IMPRESSÃO

O D [] tem uma perturbação do espectro do autismo. O diagnóstico é claro, mas exige uma avaliação mais detalhada, de forma a desenvolver-se um programa de intervenção adequado.

Nuno Lobo Antunes
(Neuropediatra)

CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO

Dra Mónica Pinto

RELATÓRIO

D

DN: 13/01/2004 (3 anos 6 meses)

Enviado por suspeita de perturbação pervasiva vs PEL Mista (Dr José Pedro Vieira)

Antecedentes:

- Segundo filho de pais não consanguíneos; irmã com 9 anos saudável; primo afastado com autismo; sem outros antecedentes relevantes
- Gravidez normal, parto forceps + ventosa no HSM às 39 sem; Pn2520; IA 9/10; alta bem, sem patologia
- Sem internamentos ou infeções graves e sem défices sensoriais conhecidos
- C. Neurologia (Dr Nuno Lobo Antunes): diagnóstico de autismo
- C. Neurologia (Dr José Pedro Vieira): ex neurológico normal; EEG N; enviado para avaliação do desenvolvimento e confirmação do diagnóstico e intervenção
- Sem outros problemas de saúde relevantes
- Ped Assistente: Dra Filomena Pinto

História Educativa: Com pais no domicílio desde o nascimento, sem apoios.

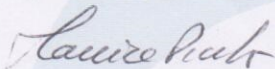
Desenvolvimento:

- Andar 14M; bate palminhas; não acena com intenção de forma consistente; primeira palavra 7M e depois perdeu; junta palavras 3A, mas apenas quando quer e raramente; ainda usa fralda.
- Avaliação pelo CARS confirma autismo ligeiro a moderado, cumprindo critérios do DSM IV.
- Foi proposta iniciar de imediato intervenção e integração em creche para maior estrutura do ambiente de rotinas diárias. Boa adesão à intervenção (Dra Sofia Gonçalves) e boa integração na creche, com bom apoio da educadora. Ainda sem grande jogo interativo com os colegas, mas franca melhoria do comportamento, estável, meigo e carinhoso.
- Sem apoios de Intervenção Precoce por estar em instituição privada (iniciou a meio do ano lectivo), mas vai mudar e terá mais apoio em setembro.
- Interage mais e repete mais sons, parecendo ter mais intencionalidade comunicativa; adere à digitinta mas rejeita o lápis e mantém algum isolamento (fica a brincar com legos) e mantém estereotipias e rituais, embora com mais estabilidade. No próximo ano deverá ser feito um maior investimento na estruturação da sala com metodologia TEACCH e rotinas diárias
- **Em resumo:** criança com autismo ligeiro a moderado

Propõe-se:

- Manter integração no ensino regular, com necessidade urgente de **iniciar apoio de Intervenção Precoce** com recurso a metodologias estruturantes TEACCH-like (sem necessidade de frequência de sala TEACCH). Manter apoio individual com intervenção cognitiva global e treino das competências sociais e motricidade fina
- Vigiar evolução dos comportamentos e estereotipias e se agravamento ponderar medicação com risperidona
- Programar avaliação cognitiva após maior estabilidade comportamental e adesão à tarefa
- **Reavaliação em C Desenvolvimento dentro de 6 meses para ver evolução (Nov/Dez 2007) e apoios em curso**

Lisboa, 19 de Junho de 2007



Mónica Pinto
(Pediatra – Consulta de Desenvolvimento)

ANEXO B – WOTA 1 (OUTUBRO DE 2012)

WOTA 1

(Ruthy Tirosh, Msc)

1.	Adaptação Geral	<p>4. entra na piscina com vontade 3. levemente duvidoso ou indiferente</p> <p>② amedrontado, agarra o instrutor, mas pode ser acalmado</p> <p>1. choroso, relutante</p>
2.	Entrada na piscina pela borda: sentado olhando a água <i>Não realiza pq não quer/gosta. pontuei 0. ←</i>	<p>4. independente (a cabeça comanda a partir da posição sentada, braços a frente, entrada na água com a cabeça primeiro)</p> <p>3. com o instrutor apoiando apenas nas mãos</p> <p>2. com o instrutor apoiando nos antebraços/braço</p> <p>① com o instrutor apoiando no tronco</p>
3.	Saída na piscina pela borda: elevando o tronco para fora com impulsão das mãos, rotação do tronco e sentando na borda	<p>4. independente, ergue-se sozinho e senta-se adequadamente</p> <p>3. sai da água engatinhando, sem auxílio, mas não senta independente</p> <p>2. sai da água engatinhando, com auxílio (senta sozinho com ou sem ajuda)</p> <p>① não inicia/ não realiza</p>
4.	Soprar bolhas na água	<p>4. sopra bolhas pela boca e nariz separadamente</p> <p>3. sopra bolhas pela boca</p> <p>2. submerge a boca na água, mas não sopra bolha, e não engole água</p> <p>① engole água/receoso/não inicia</p>
5.	Flutuação lateral com ajuda do instrutor: deita de lado com a orelha na água Tem controle da cabeça na superfície da água? Realiza para um lado: direito/esquerdo	<p>4. apoio na pelve, cintura ou axila, inicia flutuação (orelha na água), relaxado e retorna para posição vertical</p> <p>3. não inicia a flutuação e/ou retorna, mas flutua relaxado com suporte</p> <p>2. opõem-se moderadamente, realiza a flexão lateral, mas mantém a orelha na água</p> <p>① opõem-se determinadamente, realiza flexão lateral e recusa-se colocar a orelha na água</p>
6.	Flutuação Dorsal Com ou sem hiperextensão cervical Dificuldade no controle da cabeça: sim/não	<p>4. suporte no tronco ou pelve, inicia flutuação, relaxa e retorna para posição vertical</p> <p>3. não inicia a flutuação ou retorna para posição, mas flutua relaxado com suporte como no item 4</p> <p>2. opõem-se moderadamente, com suporte como no item 4, orelhas submersas, mas não relaxa e tenta levantar-se</p> <p>① opõem-se determinadamente, não submerge as orelhas, flexiona pescoço/pelve/tronco (tenta levantar-se)</p>
7.	Respingando água	<p>4. com as mãos e/ou pernas, não hesita (não recua) da água perto do rosto.</p> <p>3. respinga cuidadosamente, recua da água perto do rosto</p> <p>2. não respinga a água.</p> <p>① não é capaz de realizar</p>

8.	Submersão/Mergulho	<p>4. resgata um objeto a partir de um mergulho e volta sozinho</p> <p>3. inicia imersão, controla a respiração e se mantém na água sozinho por um período curto</p> <p>2. não se opõem ao ser submerso e/ou inicia submersão, com controle respiratório inadequado.</p> <p>①. opõem-se ser submerso e/ou há contra-indicação para submergir o rosto na água</p>
9.	Capacidade de manter-se na posição vertical: com “suporte braço longo e curto”	<p>④. apoiando sob as mãos - mantém o equilíbrio vertical; braços a frente e ao lado</p> <p>3. apoiando sob antebraços e as mãos - mantém o equilíbrio vertical</p> <p>2. apoiando sob os ombros, antebraços e as mãos - mantém o equilíbrio vertical</p> <p>1. incapaz, fica sustentado pelos ombros e/ou pouco controle cervical e/ou medo de desprender-se.</p>
10.	Deslocamento pela borda usando mãos e pés	<p>4. independente</p> <p>3. com facilitação nos braços ou suporte no tronco para deslocar; segura-se na borda sem suporte</p> <p>2. com facilitação nos braços ou suporte no tronco para deslocar: se segura na borda somente com suporte</p> <p>①. não inicia a função ou não mantém contato com a borda</p>
11.	Posição em pé com a água no nível do tórax	<p>④. por um período ilimitado (sob supervisão)</p> <p>3. por aproximadamente 10 segundos e então cai</p> <p>2. com suporte na barra e/ou das mãos do instrutor</p> <p>1. com suporte do instrutor no tronco ou não consegue ficar na posição</p>
12.	Segurando a corda: com a água no nível do tórax	<p>4. desloca-se movimentando as mãos alternadamente</p> <p>3. segura com ambas as mãos durante o deslocamento – 10 segundos</p> <p>2. necessita de suporte lateral de tronco durante o deslocamento – 10 segundos</p> <p>①. não segura a corda: incapaz e/ou não inicia</p>
13.	Sentado na água: na coxa do instrutor, queixo na água, 10 segundos	<p>④. necessita de pouco suporte na pelve</p> <p>3. necessita de pouco suporte ao redor da cintura</p> <p>2. necessita de pouco suporte nos ombros</p> <p>1. recusa-se a desprender-se, agarra o terapeuta</p>

Nome do nadador: ①

Diagnóstico: PEA

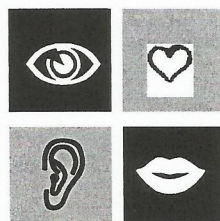
Data de nascimento: 13.01.1981

Nome do instrutor: Terapeuta Ocupacional Ana Isabel F.

Data: 11/12/2012

TOTAL: 22 pontos,

ANEXO C – PERFIL SENSORIAL (OUTUBRO DE 2012)



PERFIL SENSORIAL

Winnie Dunn, Ph.D., OTR, FAOTA

QUESTIONÁRIO DO CUIDADOR

Nome da criança: D

Data de Nascimento: 13.01.2004 Data: 4.10.2012

Questionário completado por:

Relação com a criança: mãe

Nome do Terapeuta/Técnico: Ana Isabel

Área de intervenção: distúrbio adaptado

INSTRUÇÕES

Por favor seleccione a resposta que melhor descreve a frequência com que a criança realiza ou manifesta os seguintes comportamentos. Responda a todas as afirmações. Se não for capaz, por não ter conseguido observar o comportamento ou porque acha que não se aplica à criança, marque um **X** no número que corresponde ao item. Tem um espaço para comentários no final de cada secção. Por favor não escreva no espaço que diz respeito ao Total da Secção.

Utilize a seguinte chave para seleccionar as suas respostas:

SEMPRE - quando a criança responde da forma descrita durante todo o tempo ou 100% do tempo.









FREQUENTEMENTE - quando a criança responde durante 75% do tempo.

OCASIONALMENTE - quando a criança responde durante 50% do tempo.

RARAMENTE - quando a criança responde durante 25% do tempo.










NUNCA - quando a criança nunca responde da forma descrita ou 0% do tempo.

Processamento Sensorial

Item		A. Processamento Auditivo	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
	B	Responde de forma negativa a ruídos inesperados ou muito altos (ex: chora ou esconde-se quando ouve o barulho do aspirador, o ladrar de um cão, o secador de cabelo...)	X				
	B	Tapa os ouvidos com as mãos para se proteger do barulho	X				
	B	Tem dificuldade em completar tarefas quando o rádio está ligado			X		
	B	Distrai-se ou tem dificuldade em funcionar num ambiente com muito barulho		X			
	B	Não consegue trabalhar com barulho de fundo (ex: ventoinha, frigorífico)				X	
	A	Parece não ouvir o que se lhe diz (ex: não liga àquilo que se lhe diz ou parece ignorar)	X				
	A	Não responde quando a chamam pelo nome, embora não tenha problemas de audição		X			
	A	Gosta de barulhos estranhos/ procura fazer barulho pelo prazer do barulho					X
Total da Secção							

Comentários:

19

Item		B. Processamento Visual	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
	B	Prefere estar no escuro					X
	B	Evita ou manifesta desconforto na presença de luzes intensas (ex: esconde-se do sol que entra pela janela do carro)				X	
	B	Sente-se feliz por estar no escuro			X		
	B	Fica frustrada quando tenta encontrar objectos em locais difíceis (ex: gaveta "super" cheia)		X			
	B	Tem dificuldade em montar puzzles (comparativamente a crianças da mesma idade)		X			
	B	Fica incomodada na presença de luzes intensas, enquanto que outras crianças se adaptam a essa mesma luz				X	
	B	Tapa os olhos ou quase que os fecha para os proteger da luz				X	
	A	Fixa intensamente os objectos/ pessoas (ex: fica pasmado)				X	
	A	Tem dificuldade em encontrar objectos em locais de procura difícil (ex: sapatos num quarto desarrumado, brinquedo favorito na gaveta das "tralhas")			X		
Total da Secção							



















Comentários:

34

Item		C. Processamento Vestibular	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
→	B	Fica ansiosa ou perturbada quando os pés deixam de tocar o chão			X		
→	B	Não gosta de actividades em que fique de cabeça para baixo (ex: cambalhotas)					X
→	B	Evita usar equipamentos de parque infantil ou brinquedos que se mexam (ex: balanço, carrossel)				X	
→	B	Não gosta de andar de carro					X
→	B	Mantém a cabeça direita mesmo quando se inclina ou se dobra (ex: mantém uma posição/ postura rígida durante a actividade)			X		
→	B	Fica desorientada quando se inclina sobre o lavatório ou a mesa (ex: cai ou fica atordoada)			X		
→	A	Procura constantemente todo o tipo de movimento e isso interfere com as rotinas diárias (ex: não é capaz de se sentar quieta, mexe-se constantemente)		X			
→	A	Procura todo o tipo de actividades que impliquem movimento (ex: ser rodopiado por um adulto, carrosséis, parques infantis e brinquedos que se movam)		X			
→	A	Rodopia/ gira sobre si próprio frequentemente (ex: gosta de se sentir "tonto")	X				
→	A	Balanço-se inconscientemente (ex: enquanto vê televisão)	X				
→	A	Balanço-se à mesa/ na cadeira/ no chão		X			
Total de Secção							

Comentários:








40

D. Processamento Táctil			Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca					
	B	29	Evita sujar-se (ex: evita massas de modelar, areia, pintura com os dedos, cola, adesivo...)						X			
	B	30	Expressa desagrado durante a higiene diária (ex: luta ou grita quando lhe <u>cortam o cabelo</u> , lavam a cara, <u>cortam as unhas...</u>)					X				
	B	31	Prefere roupa de manga comprida quando está calor ou roupa de manga curta quando está frio									X
	B	32	Expressa desagrado na higiene dentária ou na escovagem dos dentes (ex: grita ou oferece resistência)							X		
	B	33	É sensível a determinados tecidos (ex: especialmente a algumas roupas)							X		
	B	34	Irrita-se com sapatos ou meias						X			
	B	35	Evita andar descalça, principalmente na areia ou relva							X		
	B	36	Reage emocionalmente ou agressivamente ao toque						X			
	B	37	Foge dos salpicos de água					X				
	B	38	Tem dificuldade em manter-se numa fila ou perto de outras pessoas						X			
	B	39	Esfrega ou coça-se no local onde foi tocado por alguém								X	
	A	40	Toca nas pessoas e objectos ao ponto de irritar os outros									X
	A	41	Mostra necessidade invulgar em tocar certas superfícies/texturas/brinquedos (ex: toca constantemente nos objectos)								X	
	A	42	Reage pouco à dor e à temperatura					X				
	A	43	Parece não dar conta quando alguém lhe toca no braço ou nas costas (ex: sem reacção)									X
	A	44	Evita usar sapatos; gosta de andar descalço								X	
	A	45	Toca em pessoas e objectos								X	
	A	46	Não se apercebe quando tem a cara ou as mãos sujas									X
Total da Secção												

Comentários:

56













Comentários:

Item		E. Processamento Multisensorial	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
	B	Perde-se facilmente (mesmo em locais familiares)	X				
	B	Tem dificuldade em prestar atenção	X				
	B	Desvia o olhar durante a realização de uma tarefa para observar o que se passa à sua volta	X				
	A	Parece ausente em ambientes activos (ex: indiferente à actividade)				X	
	A	Pendura-se nas pessoas, móveis ou objectos mesmo em situações familiares				X	
	A	Anda em bicos de pés				X	
	A	Deixa ficar a roupa torcida no corpo					X
Total da Secção							

Comentários:










23

4

F. Processamento Sensorial Oral			Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
	B	Engasga-se facilmente com a textura dos alimentos e/ou com os talheres na boca					X
	B	Evita determinados sabores ou cheiros que fazem parte da alimentação típica das crianças				X	
	B	Só come alimentos com certos sabores (lista: _____)				X	
	B	Só come alimentos com certas texturas/ temperaturas (lista: _____)				X	
	B	É esquisita, especialmente no que diz respeito à textura dos alimentos				X	
	A	Cheira por rotina objectos não comestíveis					X
	A	Mostra uma forte preferência por certos cheiros (lista: _____)					X
	A	Mostra uma forte preferência por certos sabores (lista: _____)					X
	A	Deseja muito certos alimentos (lista: _____)					X
	A	Procura certos tipos de sabores ou cheiros (lista: _____)					X
	A	Mastiga ou lambe objectos não comestíveis					X
	A	Põe frequentemente objectos na boca (ex: lápis, mãos...)					X
Total da Secção							





Comentários:

56





Modulação			Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
G. Processamento Sensorial relacionado com o Endurance/ Tónus							
		Move-se de forma rígida/ em bloco				X	
	A	Cansa-se facilmente, especialmente quando está de pé ou quando mantém uma certa posição do corpo				X	
	A	Tranca as articulações (ex: cotovelo, joelhos) para obter estabilidade					X
	A	Parece ter músculos fracos					X
	A	Agarra com pouca força				X	
	A	Não consegue levantar objectos pesados (ex: é fraca comparado com outras crianças da mesma idade)			X		
	A	Arranja pontos de apoio para se equilibrar (mesmo durante as actividades)				X	
	A	Resistência fraca/ cansa-se facilmente				X	
	A	Parece letárgica (ex: sem energia, pouco activa)				X	
Total da Secção							

Comentários:





37

Item		H. Modulação relacionada com o Movimento e a Posição do Corpo	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
		Parece propenso a acidentes			X		
		Hesita subir ou descer passeios ou degraus (ex: é cuidadosa, pára antes de avançar)			X		
→	B	Tem medo de cair ou de alturas					X
→	B	Evita trepar/ saltar ou andar em piso irregular ou desnivelado					X
→	B	Agarra-se às paredes ou ao corrimão			X		
→	A	Arrisca-se excessivamente quando brinca (ex: trepa a árvores altas, salta de móveis altos...)				X	
→	A	Corre riscos que comprometem a sua segurança pessoal enquanto brinca e salta			X		
→	A	Vira o corpo todo para olhar para as pessoas					X
	A	Procura oportunidades para cair sem ter cuidado com a sua segurança pessoal					X
	A	Parece gostar de cair					X
Total da Secção							41

Comentários:

Item		I. Modulação de Movimento que afecta o Nível de Actividade	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
	B	Passa a maior parte do dia em jogos/ brincadeiras sedentárias (ex: fazendo coisas sossegadas)		X			
	B	Prefere jogos calmos ou sedentários (ex: ver TV, ler livros, computadores)		X			
→	B	Procura opções de jogo sedentárias			X		
→	B	Prefere actividades sedentárias			X		
→	A	Fica excessivamente excitada durante as actividades movimentadas			X		
	A	Sempre em movimento			X		
	A	Evita brincadeiras calmas			X		
Total da Secção							19

Comentários:

Item		J. Modulação de Input Sensorial que afecta as Respostas Emocionais	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
		Necessita de maior protecção do que as outras crianças (ex: é indefesa fisicamente e emocionalmente)				X	
	B	Tem rituais rígidos na higiene pessoal				X	
	A	É excessivamente afectuosa para com os outros					X
	A	Não é capaz de perceber ou interpretar a linguagem corporal ou a expressão facial (ex: incapaz de interpretar)			X		
Total da Secção							17

Comentários:

Item		K. Modulação de Input Visual que afecta as Respostas Emocionais e o Nível de Actividade	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
	B	Evita o contacto visual	X				
	A	Fixa intensamente objectos ou pessoas				X	
	A	Observa todas as pessoas que se movimentam dentro da sala			X		
	A	Não repara quando as pessoas entram na sala		X			
Total da Secção							10

Comentários:

Item		L. Respostas Emocionais/ Sociais	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
		Parece ter dificuldade em gostar de si própria (ex: baixa auto-estima)				X	
		Tem problemas em "crescer" (ex: reage imaturamente às situações)				X	
		É sensível à crítica		X			
		Tem medos bem definidos (ex: os medos são previsíveis)				X	
		Parece ansiosa			X		
		Mostra uma reacção emocional excessivamente explosiva quando é mal sucedida numa tarefa		X			
		Exprime sentimentos de insucesso		X			
		É teimosa ou não colaborante				X	
		Tem ataques de cólera				X	
		Fraca tolerância à frustração		X			
		Chora com facilidade		X			
		É demasiado séria				X	
		Tem dificuldade em fazer amigos (ex: não interage ou não participa em brincadeiras de grupo)	X				
		Tem pesadelos				X	
		Tem medos que interferem com a rotina diária		?			
		Não tem sentido de humor			X		
		Não expressa emoções			X		
Total da Secção							48

Comentários:

Item		M. Comportamentos resultantes do Processamento Sensorial	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
		Fala sozinha durante as actividades					X
		Apresenta uma escrita ilegível					X
		Tem dificuldade em escrever ou pintar dentro do limite das linhas			X		
		Usa meios pouco eficazes para fazer as coisas (ex: perde tempo, anda devagar, faz as coisas de forma mais difícil do que seria necessário)				X	
	B	Tem dificuldade em tolerar mudanças de planos e expectativas				X	
	B	Tem dificuldade em tolerar mudanças nas rotinas				X	
Total da Secção							

Comentários:

25

Item		N. Itens que indicam respostas de acordo com o Limiar Neurológico	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
		Salta de uma actividade para a outra com tanta frequência que interfere com o jogo/ brincadeira				X	
	A	Cheira objectos deliberadamente					X
	A	Parece não cheirar odores fortes					X
Total da Secção							

Comentários:

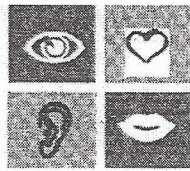
14

SOMENTE PARA O TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO

CHAVE DOS ICONES	
	Audição
	Visão
	Nível de Actividade
	Paladar/Olfacto
	Postura/Equilíbrio
	Movimento
	Fato
	Emoção/Social

CHAVE DOS LIMIARES NEUROLÓGICOS	
A	Alto
B	Baixo
	Neutro/não neutro

CHAVE DA PONTUAÇÃO	
1	Sempre
2	Frequentemente
3	Ocasionalmente
4	Raramente
5	Nunca



PERFIL SENSORIAL

Winnie Dunn, Ph.D., OTR, FAOTA

FOLHA DE PONTUAÇÃO

Nome da criança: P.

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

Questionário completado por:

Relação com a criança: mãe

Nome do Terapeuta/Técnico: AIF

Área de Intervenção: Nat. Adaptada

	Ano	Mês	Dia
Data do Teste	2012	10	04
Data de Nascimento	2004	01	13
Idade Cronológica	8	3	meses

A criança frequenta o(s) seguinte(s) serviço(s):

☐ Intervenção Precoce

☐ Educação Regular

☒ Educação Especial

☐ Terapia Ocupacional

☐ Fisioterapia

☒ Terapia da Fala

☐ Outro (especifique): ψ

e actual/ nat. adaptada.

Estado actual da criança:

☐ Atraso Mental

☐ Dificuldade de Aprendizagem Específica

☐ Disfunção da Fala ou da Linguagem

☒ Perturbação Pervasiva do Comportamento/ Autismo

☐ Síndrome de Asperger

☐ Distúrbio Emocional ou
Sérias Dificuldades de Comportamento

☐ Défice de Atenção e Hiperactividade

☐ Disfunção Visual/ Cegueira

☐ Disfunção Auditiva/ Surdez

☐ Paralisia Cerebral

☐ Cromossoma X Frágil

☐ Distúrbio de Tic

☐ Deficiências Múltiplas

☐ Traumatismo Craneo-Encefálico

☐ Outro Distúrbio Neurológico



























































☐ Outras Condições de Saúde (ex: distúrbio cardíaco, asma)









☐ Outro (especifique): _____














Outros comentários:

Grelha Factorial

Instruções: Transfira do *Questionário do Cuidador*, a pontuação de a cada item observado para as colunas de pontuação dos diferentes Factores. Some as pontuações obtidas para cada item, de modo a obter a pontuação total para cada Factor.

FACTOR 1			FACTOR 2			FACTOR 3			FACTOR 4			FACTOR 5		
Procura Sensorial			Reacção Emocional			Baixo Endurance/Tónus			Sensibilidade Sensorial Oral			Inatenção/Distractibilidade		
Item		Pontuação	Item		Pontuação	Item		Pontuação	Item		Pontuação	Item		Pontuação
	8	5		92	4		66	4		55	4		3	3
	24	3		100	4		67	4		56	4		4	2
	25	3		101	4		68	5		57	4		5	4
	26	4		102	2		69	5		58	4		6	1
	44	4		103	4		70	4		59	5		7	2
	45	4		104	3		71	3		60	5		48	2
	46	5		105	2		72	4		61	5		49	2
	51	4		106	2		73	4		62	5	TOTAL		16
	80	4		107	4		74	4		63	5			
	81	3		108	4	TOTAL		37	TOTAL		41			
	82	5		109	2									
	83	5		110	2									
	84	5		111	4									
	89	3		112	1									
	90	3		121	4									
	94	5		122	4									
	123	5	TOTAL		48									
TOTAL		70												

CHAVE DOS ÍCONES	
	Auditivo
	Visual
	Nível de Actividade
	Paladar/ Olfacto
	Posição do Corpo
	Movimento
	Tacto
	Emocional/ Social

FACTOR 6			FACTOR 7			FACTOR 8			FACTOR 9		
Registo Pobre			Sensibilidade Sensorial			Sedentarismo			Motricidade Fina/ Perceptiva		
Item		Pontuação	Item		Pontuação	Item		Pontuação	Item		Pontuação
	35	3	→	18	4		85	2		13	3
	42	1	→	19	5		86	2		118	5
	43	5	→	77	5	→	87	3		119	3
	95	4	→	78	5	→	88	2	TOTAL		11
	99	2	TOTAL		19	TOTAL		9			
	115	3									
	116	3									
	125	5									
TOTAL		26									

Resumo Factorial

Instruções: Transfira a pontuação obtida para cada Factor, para a coluna do Total do Factor. Depois marque com X o parâmetro de classificação correspondente ao valor obtido no Total do Factor (Desempenho Normal, Diferenças Prováveis, Diferenças Definitivas).

Factor	Total do Factor	Desempenho Normal	Diferenças Prováveis	Diferenças Definitivas
1. Procura Sensorial	70 /85	85 — / 63	62 — 55	54 — 16
2. Reacção Emocional	48 /80	80 — 57	56 — 18	47 — 16
3. Baixo Endurance/ Tónus	37 /45	45 — 39	38 — / 36	35 — 9
4. Sensibilidade Sensorial Oral	41 /45	45 — / 33	32 — 27	26 — 9
5. Inatenção/ Distractibilidade	16 /35	35 — 25	24 — 22	21 — / 7
6. Registo Pobre	26 /40	40 — 33	32 — 30	25 — / 9
7. Sensibilidade Sensorial	19 /20	20 — / 16	15 — 14	13 — 4
8. Sedentarismo	9 /20	20 — 12	11 — 10	9 — 4
9. Motricidade Fina/ Perceptiva	11 /15	15 — / 10	9 — 8	7 — 3

Resumo da Secção

Instruções: Transfira a pontuação obtida em cada Secção, para a coluna do Total da Secção. Depois marque com X o parâmetro de classificação correspondente ao valor obtido no Total da Secção (Desempenho Normal, Diferenças Prováveis, Diferenças Definitivas).

Processamento Sensorial	Total da Secção	Desempenho Normal	Diferenças Prováveis	Diferenças Definitivas
A. Processamento Auditivo	19 /40	40 — 30	29 — 26	25 / 23 ←
B. Processamento Visual	34 /45	45 — 32	31 — 27	26 — 23
C. Processamento Vestibular	40 /55	55 — 48	47 — 45	44 / 41 ←
D. Processamento Táctil	56 /90	90 — 73	72 — 65	64 / 61 ←
E. Processamento Multisensorial	23 /35	35 — 27	28 — 24	23 / 21 ←
F. Processamento Sensorial Oral	56 /60	60 — 46	45 — 40	39 — 32
Modulação				
G. Processamento Sensorial relacionado com o Endurance/Tónus	37 /45	45 — 39	38 / 36	36 — 33 ←
H. Modulação relacionada com o Movimento e a Posição do Corpo	41 /50	50 — 41	40 — 36	36 — 30
I. Modulação do Movimento que afecta o Nível de Actividade	19 /35	35 — 23	22 — 19	18 — 15
J. Modulação do Input Sensorial que afecta as Respostas Emocionais	17 /20	20 — 16	15 — 14	13 — 11
K. Modulação do Input Visual que afecta as Respostas Emocionais e o Nível de Actividade	10 /20	20 — 15	14 — 12	11 / 9 ←
Comportamento e Resposta Emocional				
L. Respostas Emocionais/Sociais	48 /85	85 — 63	62 — 55	54 / 51 ←
M. Comportamentos resultantes do Processamento Sensorial	25 /30	30 — 22	24 — 19	18 — 15
N. Itens que indicam respostas de acordo com o Limiar Neurológico	14 /15	15 — 12	11 — 10	9 — 8

ANEXO D – WOTA 2 (JULHO DE 2013)

WOTA 1

(Ruthy Tirosh, Msc)

1.	Adaptação Geral	<p>4. entra na piscina com vontade 3. levemente duvidoso ou indiferente</p> <p>2. amedrontado, agarra o instrutor, mas pode ser acalmado</p> <p>1. choroso, relutante</p>
2.	Entrada na piscina pela borda: sentado olhando a água	<p>4. independente (a cabeça comanda a partir da posição sentada, braços a frente, entrada na água com a cabeça primeiro)</p> <p>3. com o instrutor apoiando apenas nas mãos</p> <p>2. com o instrutor apoiando nos antebraços/braço</p> <p>1. com o instrutor apoiando no tronco</p>
3.	Saída na piscina pela borda: elevando o tronco para fora com impulsão das mãos, rotação do tronco e sentando na borda	<p>4. independente, ergue-se sozinho e senta-se adequadamente</p> <p>3. sai da água engatinhando, sem auxílio, mas não senta independente</p> <p>2. sai da água engatinhando, com auxílio (senta sozinho com ou sem ajuda)</p> <p>1. não inicia/ não realiza</p>
4.	Soprar bolhas na água	<p>4. sopra bolhas pela boca e nariz separadamente</p> <p>3. sopra bolhas pela boca</p> <p>2. submerge a boca na água, mas não sopra bolha, e não engole água</p> <p>1. engole água/receoso/não inicia</p>
5.	Flutuação lateral com ajuda do instrutor: deita de lado com a orelha na água Tem controle da cabeça na superfície da água? Realiza para um lado: direito/esquerdo	<p>4. apoio na pelve, cintura ou axila, inicia flutuação (orelha na água), relaxado e retorna para posição vertical</p> <p>3. não inicia a flutuação e/ou retorna, mas flutua relaxado com suporte</p> <p>2. opõem-se moderadamente, realiza a flexão lateral, mas mantém a orelha na água</p> <p>1. opõem-se determinadamente, realiza flexão lateral e recusa-se colocar a orelha na água</p>
6.	Flutuação Dorsal Com ou sem hiperextensão cervical Dificuldade no controle da cabeça: sim/não	<p>4. suporte no tronco ou pelve, inicia flutuação, relaxa e retorna para posição vertical</p> <p>3. não inicia a flutuação ou retorna para posição, mas flutua relaxado com suporte como no item 4</p> <p>2. opõem-se moderadamente, com suporte como no item 4, orelhas submersas, mas não relaxa e tenta levantar-se</p> <p>1. opõem-se determinadamente, não submerge as orelhas, flexiona pescoço/pelve/tronco (tenta levantar-se)</p>
7.	Respingando água	<p>4. com as mãos e/ou pernas, não hesita (não recua) da água perto do rosto.</p> <p>3. respinga cuidadosamente, recua da água perto do rosto</p> <p>2. não respinga a água.</p> <p>1. não é capaz de realizar</p>

8.	Submersão/Mergulho	<p>4. resgata um objeto a partir de um mergulho e volta sozinho</p> <p>3. inicia imersão, controla a respiração e se mantém na água sozinho por um período curto</p> <p>② não se opõem ao ser submerso e/ou inicia submersão, com controle respiratório inadequado.</p> <p>1. opõem-se ser submerso e/ou há contra-indicação para submergir o rosto na água</p>
9.	Capacidade de manter-se na posição vertical: com “suporte braço longo e curto”	<p>④ apoiando sob as mãos - mantém o equilíbrio vertical; braços a frente e ao lado</p> <p>3. apoiando sob antebraços e as mãos - mantém o equilíbrio vertical</p> <p>2. apoiando sob os ombros, antebraços e as mãos - mantém o equilíbrio vertical</p> <p>1. incapaz, fica sustentado pelos ombros e/ou pouco controle cervical e/ou medo de desprender-se.</p>
10.	Deslocamento pela borda usando mãos e pés	<p>④ independente</p> <p>3. com facilitação nos braços ou suporte no tronco para deslocar; segura-se na borda sem suporte</p> <p>2. com facilitação nos braços ou suporte no tronco para deslocar: se segura na borda somente com suporte</p> <p>1. não inicia a função ou não mantém contato com a borda</p>
11.	Posição em pé com a água no nível do tórax	<p>④ por um período ilimitado (sob supervisão)</p> <p>3. por aproximadamente 10 segundos e então cai</p> <p>2. com suporte na barra e/ou das mãos do instrutor</p> <p>1. com suporte do instrutor no tronco ou não consegue ficar na posição</p>
12.	Segurando a corda: com a água no nível do tórax	<p>4. desloca-se movimentando as mãos alternadamente</p> <p>③ segura com ambas as mãos durante o deslocamento – 10 segundos</p> <p>2. necessita de suporte lateral de tronco durante o deslocamento – 10 segundos</p> <p>1. não segura a corda: incapaz e/ou não inicia</p>
13.	Sentado na água: na coxa do instrutor, queixo na água, 10 segundos	<p>④ necessita de pouco suporte na pelve</p> <p>3. necessita de pouco suporte ao redor da cintura</p> <p>2. necessita de pouco suporte nos ombros</p> <p>1. recusa-se a desprender-se, agarra o terapeuta</p>

TOTAL: 37 pontos

Nome do nadador: David Figueiredo

Diagnóstico: Dist. Esférico Autismo

Data de nascimento: 12.1.2004 Nome do instrutor: Ana Isabel Ferreira

Data: 18.07.2013

Terapeuta
ocupacional

ANEXO E – WOTA 3 (JULHO DE 2014)

WOTA 1

(Ruthy Tirosh, Msc)

1.	Adaptação Geral	<p>④ entra na piscina com vontade 3. levemente duvidoso ou indiferente</p> <p>2. amedrontado, agarra o instrutor, mas pode ser acalmado</p> <p>1. choroso, relutante</p>
2.	Entrada na piscina pela borda: sentado olhando a água	<p>④ independente (a cabeça comanda a partir da posição sentada, braços a frente, entrada na água com a cabeça primeiro)</p> <p>3. com o instrutor apoiando apenas nas mãos</p> <p>2. com o instrutor apoiando nos antebraços/braço</p> <p>1. com o instrutor apoiando no tronco</p>
3.	Saída na piscina pela borda: elevando o tronco para fora com impulsão das mãos, rotação do tronco e sentando na borda	<p>④ independente, ergue-se sozinho e senta-se adequadamente</p> <p>③ sai da água engatinhando, sem auxílio, mas não senta independente</p> <p>2. sai da água engatinhando, com auxílio (senta sozinho com ou sem ajuda)</p> <p>1. não inicia/ não realiza</p>
4.	Soprar bolhas na água	<p>4. sopra bolhas pela boca e nariz separadamente</p> <p>③ sopra bolhas pela boca</p> <p>2. submerge a boca na água, mas não sopra bolha, e não engole água</p> <p>1. engole água/receoso/não inicia</p>
5.	Flutuação lateral com ajuda do instrutor: deita de lado com a orelha na água Tem controle da cabeça na superfície da água? Realiza para um lado: direito/esquerdo	<p>④ apoio na pelve, cintura ou axila, inicia flutuação (orelha na água), relaxado e retorna para posição vertical</p> <p>3. não inicia a flutuação e/ou retorna, mas flutua relaxado com suporte</p> <p>2. opõem-se moderadamente, realiza a flexão lateral, mas mantém a orelha na água</p> <p>1. opõem-se determinadamente, realiza flexão lateral e recusa-se colocar a orelha na água</p>
6.	Flutuação Dorsal Com ou sem hiperextensão cervical Dificuldade no controle da cabeça: sim/não	<p>④ suporte no tronco ou pelve, inicia flutuação, relaxa e retorna para posição vertical</p> <p>3. não inicia a flutuação ou retorna para posição, mas flutua relaxado com suporte como no item 4</p> <p>2. opõem-se moderadamente, com suporte como no item 4, orelhas submersas, mas não relaxa e tenta levantar-se</p> <p>1. opõem-se determinadamente, não submerge as orelhas, flexiona pescoço/pelve/tronco (tenta levantar-se)</p>
7.	Respingando água	<p>④ com as mãos e/ou pernas, não hesita (não recua) da água perto do rosto.</p> <p>3. respinga cuidadosamente, recua da água perto do rosto</p> <p>2. não respinga a água.</p> <p>1. não é capaz de realizar</p>

8.	Submersão/Mergulho	④ resgata um objeto a partir de um mergulho e volta sozinho 3. inicia imersão, controla a respiração e se mantém na água sozinho por um período curto 2. não se opõem ao ser submerso e/ou inicia submersão, com controle respiratório inadequado. 1. opõem-se ser submerso e/ou há contra-indicação para submergir o rosto na água
9.	Capacidade de manter-se na posição vertical: com “suporte braço longo e curto”	④ apoiando sob as mãos - mantém o equilíbrio vertical; braços a frente e ao lado 3. apoiando sob antebraços e as mãos - mantém o equilíbrio vertical 2. apoiando sob os ombros, antebraços e as mãos - mantém o equilíbrio vertical 1. incapaz, fica sustentado pelos ombros e/ou pouco controle cervical e/ou medo de despreender-se.
10.	Deslocamento pela borda usando mãos e pés	④ independente 3. com facilitação nos braços ou suporte no tronco para deslocar; segura-se na borda sem suporte 2. com facilitação nos braços ou suporte no tronco para deslocar: se segura na borda somente com suporte 1. não inicia a função ou não mantém contato com a borda
11.	Posição em pé com a água no nível do tórax	④ por um período ilimitado (sob supervisão) 3. por aproximadamente 10 segundos e então cai 2. com suporte na barra e/ou das mãos do instrutor 1. com suporte do instrutor no tronco ou não consegue ficar na posição
12.	Segurando a corda: com a água no nível do tórax	④ desloca-se movimentando as mãos alternadamente 3. segura com ambas as mãos durante o deslocamento – 10 segundos 2. necessita de suporte lateral de tronco durante o deslocamento – 10 segundos 1. não segura a corda: incapaz e/ou não inicia
13.	Sentado na água: na coxa do instrutor, queixo na água, 10 segundos	④ necessita de pouco suporte na pelve 3. necessita de pouco suporte ao redor da cintura 2. necessita de pouco suporte nos ombros 1. recusa-se a despreender-se, agarra o terapeuta

Nome do nadador: David Figueiredo

Diagnóstico: PEA

Data de nascimento: 13. 01. 2004

Nome do instrutor: AIF

Data: 24. 07. 2014

TOTAL: 51 pontos